

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
BỘ MÔN NGOẠI

BÀI GIẢNG

BỆNH HỌC NGOẠI KHOA

(Dùng cho sinh viên năm thứ tư)

(Tái bản lần thứ 2 có sửa chữa và bổ sung)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2020

BAN BIÊN SOẠN

Chủ biên:

PGS.TS.BS. Đoàn Quốc Hưng

Trưởng Bộ môn Ngoại, Phó Hiệu trưởng phụ trách chuyên môn - Trường Đại học Y Hà Nội

Phó Giám đốc Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

GS.TS.BS. Hà Văn Quyết

Nguyên Trưởng Bộ môn Ngoại, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Nguyên Phó Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

PGS.TS.BS. Phạm Đức Huân

Nguyên Trưởng Bộ môn Ngoại, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Nguyên Trưởng Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tham gia biên soạn:

PGS.TS.BS. Trần Hiếu Học

Giảng viên cao cấp, Nguyên Phó Trưởng Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Nguyên Trưởng Khoa Ngoại - Bệnh viện Bạch Mai

PGS.TS.BS. Nguyễn Hữu Ước

Giảng viên cao cấp, Nguyên Phó Trưởng Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Giám đốc Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

PGS.TS.BS. Trần Bảo Long

Giảng viên cao cấp, Phó Trưởng Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Trưởng Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

PGS.TS.BS. Dương Đại Hà

Giảng viên cao cấp, Phó Trưởng Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Trưởng Phòng Nghiên cứu khoa học - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Phó Trưởng Khoa Phẫu thuật Thần kinh 1 - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

PGS.TS.BS. Trần Trung Dũng

Giảng viên cao cấp Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội.

Phó Trưởng đơn vị CTCH và Y học thể thao - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

ThS.BS. Đặng Hoàng Giang

Giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật viên Khoa CTCH và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai

PGS.TS.BS. Phạm Hoàng Hà

Giảng viên thỉnh giảng Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phó Trưởng Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TS.BS. Nguyễn Việt Hoa

Giảng viên thỉnh giảng Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Trưởng khoa Phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

ThS.BSCKII. Phùng Ngọc Hòa

Giảng viên Bộ môn ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phó Trưởng Khoa Phẫu thuật chi trên và YHTT, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TS.BS. Nguyễn Hoàng

Giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phó Trưởng khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

ThS.BS. Nguyễn Huy Hoàng

Giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật viên khoa Phẫu thuật Tiết niệu - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

ThS.BS. Hoàng Văn Hùng

Nguyên giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Nguyên phẫu thuật viên Khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

PGS.TS.BS. Kiều Đình Hùng

Giảng viên cao cấp Bộ môn ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Trưởng Khoa Ngoại Thần kinh, Cột sống và CTCH, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TS.BS. Quách Văn Kiên

Giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật viên Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

ThS.BS. Nguyễn Đình Liên

Giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật viên Khoa Phẫu thuật Tiết niệu - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

PGS.TS.BS. Hoàng Long

Giảng viên cao cấp, Trưởng Đơn vị Ngoại Tiết niệu - Nạm học, BV Đại học Y Hà Nội

Phó Giám đốc TT Đào tạo và Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TS.BS. Phạm Hữu Lư

Giáo vụ Đại học, Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phó Trưởng khoa Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TS.BS. Đỗ Văn Minh

Giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phó Trưởng Đơn vị CTCH và Y học thể thao - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

ThS.BS. Vũ Tú Nam

Giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật viên đơn vị CTCH và Y học thể thao - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

PGS.TS.BS. Đinh Ngọc Sơn

Giáo vụ sau đại học, Giảng viên cao cấp, Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Trưởng Khoa phẫu thuật cột sống - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

PGS.TS.BS. Đỗ Trường Sơn

Giảng viên cao cấp Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Trưởng Khoa phẫu thuật tiêu hóa - Bệnh viện E

PGS.TS.BS. Đào Xuân Thành

Giảng viên cao cấp Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội.

Phó Giám đốc, Trưởng đơn vị CTCH và Y học thể thao - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

ThS.BS. Hoàng Minh Thắng

Giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật viên Khoa phẫu thuật Phẫu thuật chi trên và YHTT - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TS.BS. Vũ Ngọc Tú

Giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật viên Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

ThS.BS. Vũ Hồng Tuấn

Giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật viên Khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

PGS.TS.BS. Trịnh Văn Tuấn

Giảng viên cao cấp Bộ môn ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật viên Khoa cấp cứu Tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TS.BS. Nguyễn Vũ

Giảng viên Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội

Phó Trưởng Khoa Ngoại Thần kinh, Cột sống và CTCH - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Ban thư ký:

TS.BS. Phạm Hữu Lư

ThS.BS. Phạm Hoàng Anh

ThS.BS. Nguyễn Huy Hoàng

TS.BS. Quách Văn Kiên

TS.BS. Đỗ Văn Minh

ThS.BS. Vũ Hồng Tuấn

ThS. Trần Thị Lệ Xuân

CN. Nguyễn Thị Thanh Bình

Handwritten text, likely bleed-through from the reverse side of the page. The text is faint and mostly illegible due to fading and the quality of the scan. It appears to be a list or a series of notes.

LỜI GIỚI THIỆU

Trong quá trình học tập các môn lâm sàng của sinh viên Y khoa chính qui có ba đợt học về chuyên ngành Ngoại: Năm thứ ba (Y3) học về triệu chứng học; năm thứ tư (Y4) và năm cuối (Y6) học về bệnh học ngoại khoa, cả lý thuyết và thực hành.

Cuốn giáo trình “BÀI GIẢNG BỆNH HỌC NGOẠI KHOA” dành cho sinh viên Y năm thứ tư (Y4) gồm chủ yếu là các chủ đề bệnh học ngoại khoa cấp cứu (88%), cung cấp các kiến thức cơ bản về bệnh lý, nguyên nhân, chẩn đoán và sơ lược điều trị. Sách được tái bản lần này trong bối cảnh việc định kỳ cập nhật kiến thức y khoa, đánh giá chương trình đào tạo, sách giáo khoa, giáo trình là yêu cầu bắt buộc của Bộ Giáo dục và Đào tạo. Chuẩn năng lực cơ bản của ba ngành: Bác sĩ y khoa, Răng Hàm Mặt và Điều dưỡng cũng đã được Bộ Y tế công bố chính thức từ năm 2015, do vậy các trường Y có nhiệm vụ phải cập nhật, hoặc xây dựng mới các chương trình và giáo trình giảng dạy tương ứng để đạt được chuẩn năng lực này. Phương pháp dạy - học có nhiều thay đổi, theo hướng tăng cường tính tự chủ của người học, áp dụng rộng rãi hình thức học tập từ xa, on line... do vậy Bộ môn Ngoại rất cần có đầy đủ phương tiện, học liệu, trong đó giáo trình đạt chuẩn là thành tố quan trọng, giúp cho sinh viên, học viên, có thể tự đọc, tự học, tự nghiên cứu trước khi lên lớp, trước khi đi thực hành tại bệnh viện.

Cuốn giáo trình này có nội dung bám sát khung chương trình và chuẩn năng lực hiện hành, được viết bởi các giảng viên của Bộ môn Ngoại trường Đại học Y Hà Nội, những người rất có kinh nghiệm trong giảng dạy hàn lâm, viết sách, đồng thời cũng là những bác sĩ có tay nghề chuyên môn cao, đã và đang trực tiếp hành nghề Y tại các bệnh viện lớn ở Hà Nội, nên đảm bảo tính lý thuyết cũng như thực tiễn lâm sàng.

Tôi hy vọng và tin tưởng rằng, cuốn sách “BÀI GIẢNG BỆNH HỌC NGOẠI KHOA” này sẽ được đón nhận tích cực bởi không chỉ các sinh viên năm thứ tư, bởi học viên, mà còn bởi các Thầy Cô tham gia giảng dạy chương trình đào tạo này.

Hà Nội ngày 15/4/2020

GS.TS.BS. Đỗ Đức Vân

Nguyên Phó Trưởng Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

Nguyên Trưởng Khoa Phẫu thuật tiêu hoá, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

CHAPTER 10

The first part of the chapter discusses the importance of the environment in the development of the human mind. It argues that the environment plays a crucial role in shaping the child's cognitive and emotional development. The text emphasizes that children learn from their interactions with the world around them, and that a rich and stimulating environment is essential for their growth.

The second part of the chapter explores the concept of the "zone of proximal development" (ZPD), a term coined by the Soviet psychologist Lev Vygotsky. The ZPD refers to the range of tasks that a child can perform with the help of a more knowledgeable adult or peer. This concept is central to Vygotsky's theory of social constructivism, which posits that knowledge is constructed through social interaction.

The third part of the chapter discusses the role of language in cognitive development. It highlights how language allows children to communicate their thoughts and feelings, and how it helps them to organize and structure their knowledge. The text also touches upon the importance of literacy and the role of books in a child's development.

The fourth part of the chapter addresses the issue of cultural differences in child development. It notes that different cultures have different beliefs and practices regarding child-rearing, and that these differences can significantly impact a child's development. The text encourages a cross-cultural perspective in understanding child development.

The fifth and final part of the chapter discusses the role of play in child development. It argues that play is a fundamental part of a child's life and that it provides a natural context for learning and growth. The text explores different types of play, such as imaginative play and physical play, and discusses their respective benefits for children.

LỜI NÓI ĐẦU

Để đáp ứng yêu cầu của trường Đại học Y Hà Nội trong lộ trình hướng tới tự chủ, đổi mới đào tạo nhân lực ngành Y; Bộ môn Ngoại tiến hành tái bản có sửa chữa, bổ sung, cuốn giáo trình “BÀI GIẢNG BỆNH HỌC NGOẠI KHOA” dành cho sinh viên Y khoa năm thứ tư (Y4). Cuốn giáo trình này được biên soạn dựa trên sự kế thừa các tài liệu giảng dạy của các Thầy Cô tiền nhiệm, có chỉnh sửa, bổ sung mục tiêu học tập, câu hỏi lượng giá, tài liệu tham khảo theo quy định hiện nay của nhà trường, cập nhật các kiến thức, lý luận mới về cơ chế bệnh nguyên, bệnh sinh; các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại; bổ sung hình ảnh minh họa trong thực tiễn lâm sàng; đảm bảo nội dung giáo trình đáp ứng được với khung chương trình hiện hành của trường Y Hà Nội và chuẩn năng lực cơ bản của Bác sĩ Y khoa chính thức được áp dụng ở Việt Nam kể từ năm 2015. Cuốn sách cung cấp các kiến thức, thái độ và kỹ năng giúp cho sinh viên Y khoa năm thứ tư từng bước tích lũy kinh nghiệm trong tiếp xúc người bệnh; khám và chẩn đoán được một số bệnh lý ngoại khoa cơ bản, tập trung vào cấp cứu ngoại khoa thường gặp (cả bệnh lý và chấn thương - vết thương); là cơ sở cho các em có thể vững bước; tiếp tục học tập về bệnh học trong những năm tiếp theo.

Các tác giả đã cố gắng rà soát, trình bày theo đúng các hướng dẫn của nhà trường về quy định viết sách giáo khoa, giáo trình; tuy nhiên trong quá trình biên soạn khó tránh khỏi thiếu sót. Rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến của các em sinh viên, học viên, Thầy Cô giảng viên, những người tham gia sử dụng cuốn giáo trình này; để cuốn sách có thể được hoàn thiện hơn trong những lần in ấn sau.

Hà Nội, ngày 20/4/2020

Thay mặt các tác giả

Đoàn Quốc Hưng

Trưởng Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

MỤC LỤC

Lời giới thiệu.....	7
Lời nói đầu.....	9
Viêm ruột thừa	15
<i>(Trịnh Văn Tuấn)</i>	
Thủng ổ loét dạ dày tá tràng.....	30
<i>(Phạm Đức Huấn, Nguyễn Hoàng)</i>	
Chấn thương bụng.....	40
<i>(Trần Hiếu Học, Phạm Hoàng Hà)</i>	
Vết thương bụng.....	52
<i>(Trần Hiếu Học, Phạm Hoàng Hà)</i>	
Viêm tụy cấp	58
<i>(Trần Bảo Long)</i>	
Hội chứng tắc ruột.....	67
<i>(Trịnh Văn Tuấn)</i>	
Viêm phúc mạc và các ổ áp xe trong ổ bụng	89
<i>(Trần Bảo Long)</i>	
Ung thư dạ dày	103
<i>(Phạm Đức Huấn, Nguyễn Hoàng)</i>	
Ung thư đại tràng	117
<i>(Phạm Đức Huấn, Đỗ Trường Sơn, Quách Văn Kiên)</i>	
Sỏi đường mật chính	133
<i>(Trần Bảo Long)</i>	
Hẹp môn vị.....	145
<i>(Phạm Đức Huấn)</i>	
Gãy Pouteau - Colles.....	153
<i>(Hoàng Minh Thắng, Phùng Ngọc Hòa)</i>	
Gãy thân xương cánh tay	164
<i>(Đặng Hoàng Giang, Đào Xuân Thành)</i>	

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em	175
<i>(Vũ Tú Nam, Phùng Ngọc Hòa)</i>	
Gãy hai xương cẳng tay	187
<i>(Phùng Ngọc Hòa)</i>	
Gãy cổ xương đùi.....	197
<i>(Đỗ Văn Minh)</i>	
Gãy thân xương đùi.....	213
<i>(Phùng Ngọc Hòa, Trần Trung Dũng)</i>	
Gãy hai xương cẳng chân.....	221
<i>(Phùng Ngọc Hòa, Trần Trung Dũng)</i>	
Trật khớp khuỷu.....	229
<i>(Phùng Ngọc Hòa)</i>	
Trật khớp vai.....	236
<i>(Phùng Ngọc Hòa, Đào Xuân Thành)</i>	
Trật khớp háng	246
<i>(Phùng Ngọc Hòa, Hoàng Minh Thắng)</i>	
Trật khớp gối.....	257
<i>(Hoàng Minh Thắng, Đinh Ngọc Sơn)</i>	
Sỏi tiết niệu	266
<i>(Hoàng Long, Nguyễn Đình Liên)</i>	
Chấn thương thận.....	288
<i>(Hoàng Long)</i>	
Chấn thương niệu đạo	303
<i>(Hoàng Long, Nguyễn Huy Hoàng)</i>	
Chấn thương bàng quang	317
<i>(Hoàng Long, Nguyễn Đình Liên)</i>	
Chấn thương ngực kín và các thể bệnh thường gặp.....	329
<i>(Phạm Hữu Lư, Nguyễn Hữu Ước)</i>	
Vết thương ngực hở	345
<i>(Phạm Hữu Lư, Nguyễn Hữu Ước)</i>	

Chấn thương, vết thương động mạch chi	357
<i>(Vũ Ngọc Tú, Nguyễn Hữu Ước)</i>	
Chấn thương sọ não.....	368
<i>(Kiều Đình Hùng)</i>	
Vết thương sọ não	378
<i>(Kiều Đình Hùng)</i>	
Chấn thương cột sống	386
<i>(Nguyễn Vũ)</i>	
Lồng ruột cấp tính ở trẻ còn bú.....	397
<i>(Vũ Hồng Tuân, Nguyễn Việt Hoa, Hoàng Văn Hùng)</i>	
Hội chứng tắc ruột sơ sinh	407
<i>(Vũ Hồng Tuân, Nguyễn Việt Hoa, Hoàng Văn Hùng)</i>	

VIÊM RUỘT THỪA

Trịnh Văn Tuấn

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Nắm được giải phẫu, các dị dạng, cách phát hiện, chẩn đoán, biến chứng và chỉ định phẫu thuật trong viêm ruột thừa.*
2. *Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt viêm ruột thừa.*
3. *Trình bày được chỉ định và điều trị viêm ruột thừa và các biến chứng của viêm ruột thừa.*

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm ruột thừa là cấp cứu hay gặp nhất trong bệnh lý ngoại khoa ổ bụng. Tại Hoa Kỳ, hàng năm có khoảng 1% các trường hợp phẫu thuật là do viêm ruột thừa. Ở Việt Nam, theo Tôn Thất Bách và cộng sự, từ năm 1980-1984, viêm ruột thừa chiếm 53,38% các trường hợp cấp cứu do bệnh lý bụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Bệnh rất hiếm gặp ở trẻ em dưới 3 tuổi, tăng dần và hay gặp nhất ở thanh thiếu niên, sau đó tỉ lệ gặp giảm dần theo tuổi nhưng không hiếm gặp ở người già. Tỉ lệ nam/nữ ở người trẻ là 2/3, sau đó giảm dần và ở người già tỉ lệ này là 1/1. Cần phải nghĩ đến viêm ruột thừa trước bất cứ bệnh nhân nào đến khám do đau bụng. Triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm ruột thừa rất đa dạng, thay đổi tùy theo từng bệnh nhân nên có thể nhầm với những bệnh khác, dẫn đến chẩn đoán sai hay muộn. Mondor đã đề nghị gọi là "*những bệnh viêm ruột thừa*".

Chẩn đoán viêm ruột thừa cho tới nay vẫn phải dựa chủ yếu vào thăm khám và theo dõi lâm sàng, tất cả các phương pháp cận lâm sàng chỉ có tác dụng tham khảo. Điều trị viêm ruột thừa chỉ có một phương pháp duy nhất là phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa trước khi nó bị vỡ hay hoại tử.

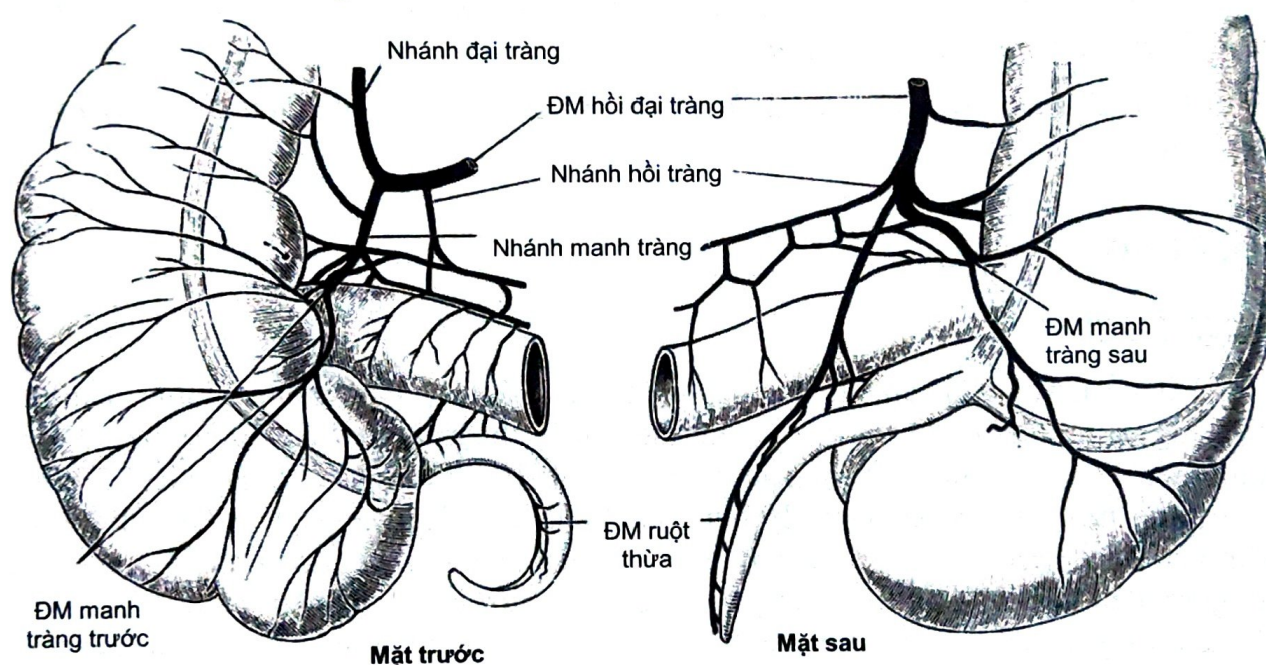
Việc phòng các biến chứng của bệnh viêm ruột thừa chủ yếu dựa vào việc tuyên truyền, giáo dục trong cộng đồng cách phát hiện sớm bệnh viêm ruột thừa trước các trường hợp đau bụng ở vùng hố chậu phải.

2. GIẢI PHẪU RUỘT THỪA

Ruột thừa, hồi tràng và đại tràng lên thời kỳ bào thai đều có nguồn gốc từ ruột giữa (midgut). Ruột thừa xuất hiện đầu tiên vào tuần thứ tám của thai kỳ rồi cùng manh tràng xoay dần và cố định ở hố chậu phải. Ruột thừa khi sinh nằm ở chỗ chụm lại của ba

dài cơ dọc, dưới góc hồi manh tràng 2-3 cm. Về mặt bào thai học, ruột thừa là phần nối tiếp với đáy manh tràng, do phần này bị thoái hóa dần tạo thành. Trong quá trình phát triển của trẻ em, phần trước và bên phải manh tràng phát triển nhanh hơn, làm gốc ruột thừa xoay dần ra sau và vào trong tới vị trí hay gặp ở người lớn.

Ruột thừa bình thường ở người lớn dài khoảng 8-10 cm. Thành ruột thừa gồm lớp thanh mạc bọc ngoài, lớp cơ rất mỏng gồm lớp dọc do ba dải cơ dọc của manh tràng dần mỏng, lớp cơ vòng tiếp nối với cơ của manh tràng. Có thể dựa vào chỗ hợp lại của ba dải cơ dọc ở manh tràng để xác định gốc ruột thừa. Lớp dưới niêm mạc gồm các nang bạch huyết, chỉ có rất ít khi mới sinh, phát triển mạnh từ 12-20 tuổi, từ 30 tuổi trở lên số nang này thoái hóa dần và hầu như mất hết sau 60 tuổi. Lòng ruột thừa hẹp được lọc bởi tế bào biểu mô đại tràng.



Hình 1. Ruột thừa và các động mạch vùng manh tràng

Động mạch ruột thừa bắt nguồn từ nhánh hồi manh đại tràng, một nhánh của động mạch mạc treo tràng trên. Động mạch này đi sau quai tận hồi tràng, nằm trong mạc treo đến cấp máu cho ruột thừa. Phần gốc ruột thừa luôn nằm hằng định so với manh tràng. Phần đầu ruột thừa thay đổi tùy từng người nhưng đa số nằm trong phúc mạc. Có khoảng 5% ruột thừa nằm ngoài phúc mạc, ở sau manh tràng. Nếu quá trình quay của ruột trong thời kỳ bào thai có rối loạn, manh tràng và ruột thừa có thể nằm lạc vị trí ở trong khoảng từ góc lách tới hố chậu phải. Trường hợp đảo ngược phù tạng thì ruột thừa nằm ở hố chậu trái.

3. SINH LÝ BỆNH

Viêm ruột thừa gây ra do nhiễm khuẩn trong lòng ruột thừa bị bít tắc. Sự quá sản tổ chức lympho ở thành ruột thừa là nguyên nhân chính gây tắc lòng ruột thừa. Ngoài ra, có thể gặp các nguyên nhân gây tắc khác như sỏi phân, ký sinh trùng (giun đũa chui vào ruột thừa), các dị vật (hạt quả)... Khi lòng ruột thừa bị tắc sẽ gây nên ứ đọng dịch tiết, dẫn tới

tăng áp lực trong lòng ruột thừa, ứ trệ tuần hoàn là yếu tố thuận lợi để vi khuẩn phát triển, chuyển chất tiết thành mủ. Quá trình viêm tiến triển thành hai giai đoạn:

- Giai đoạn đầu: Quá trình này gây viêm, phù nề và có những nốt loét ở niêm mạc ruột thừa. Khi mổ thấy trong ổ bụng có dịch tiết trong, vô khuẩn ở vùng hố chậu phải. Ruột thừa sưng to, mất bóng, các mạch máu giãn to tương ứng với giai đoạn viêm ruột thừa sung huyết. Nếu quá trình viêm tiếp tục phát triển thì càng làm tăng áp lực trong lòng ruột thừa, dẫn tới ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch và thiếu máu nuôi dưỡng, tạo điều kiện tốt cho vi khuẩn phát triển ra thành ruột thừa. Trong giai đoạn này, khi mổ sẽ thấy trong ổ bụng có dịch đục, ruột thừa viêm mọng, có giả mạc xung quanh, trong lòng chứa mủ, tương ứng với giai đoạn viêm ruột thừa mủ. Trong trường hợp mạch máu ruột thừa bị tắc do huyết khối vì nhiễm vi khuẩn yếm khí, sẽ dẫn tới hoại tử ruột thừa. Khi mổ thấy trên ruột thừa có những nốt hoại tử hay toàn bộ ruột thừa có màu cổ úa, mủn nát.

- Giai đoạn cuối: Ruột thừa bị thủng, dẫn tới mủ và nước phân chảy vào ổ bụng. Nếu được khu trú lại bởi tổ chức xung quanh như ruột, mạc nối và phúc mạc thành bụng dính lại sẽ tạo thành ổ áp xe ruột thừa. Trong trường hợp mủ chảy vào ổ bụng tự do sẽ gây viêm phúc mạc toàn thể. Một số trường hợp ruột thừa viêm chưa vỡ, các tổ chức xung quanh cũng phản ứng, tạo ra lớp bảo vệ hình thành đám quánh ruột thừa.

Diễn tiến của quá trình viêm ruột thừa tùy thuộc và bốn yếu tố:

- Thể tích các chất trong lòng ruột thừa (dịch, khí, chất rắn...)
- Mức độ tắc nghẽn (tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn)
- Mức độ xuất tiết của niêm mạc ruột thừa
- Tính đàn hồi của thanh mạc ruột thừa

4. GIẢI PHẪU BỆNH

Quá trình viêm ruột thừa từ khi bắt đầu tới khi xảy ra biến chứng trải qua nhiều hình thái khác nhau, có thể quan sát trên đại thể và vi thể.

- Viêm xuất tiết: Đại thể thấy thành ruột thừa phù nề, sung huyết, mạch máu cương tụ. Trên vi thể thấy bạch cầu xâm nhập lớp dưới niêm mạc, tuy nhiên cấu trúc của niêm mạc vẫn nguyên vẹn.

- Viêm mủ: Đại thể thấy ruột thừa sưng to, thành dày, đỏ sẫm, có giả mạc bám xung quanh. Vi thể thấy thành ruột thừa loét, áp xe, xâm nhập bạch cầu lan tràn lớp dưới niêm mạc.

- Viêm hoại tử: Đại thể thấy thành ruột thừa như lá úa, có nhiều điểm hoại tử đen, dễ mủn; ổ bụng có dịch thối, cấy dịch có vi khuẩn. Vi thể thấy viêm và hoại tử hoàn toàn thành ruột thừa.

- Thủng: Các điểm hoại tử mủn nát làm dịch tiêu hóa, phân trong lòng ruột thừa chảy vào ổ bụng gây viêm phúc mạc khu trú hoặc toàn thể. Vi thể thấy thành ruột thừa loét, chảy máu và hoại tử, xâm nhập nhiều bạch cầu và đại thực bào trong tổ chức liên kết ở thành ruột thừa.

5. VI KHUẨN

Vi khuẩn trong ruột thừa bình thường tương tự như ở đại tràng, có nhiều loại vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí khác nhau. Khi ruột thừa viêm hoại tử thủng thì thường phân lập được các chủng như *Escherichia coli*, *Streptococcus viridans*, *Bacteroides*, *Pseudomonas spp.* và một số chủng vi khuẩn khác. Trong trường hợp viêm ruột thừa cấp chưa hoại tử, nuôi cấy dịch màng bụng thường âm tính nhưng với những trường hợp ruột thừa thủng, nuôi cấy dịch màng bụng có nhiều khả năng dương tính hơn. Các chủng vi khuẩn có thể phân lập được trong viêm ruột thừa là:

- Vi khuẩn kỵ khí (Anaerobic):

Bacteroides fragilis

Bacteroides thetaiotaomicron

Bilophila wadsworthia

Peptostreptococcus spp.

- Vi khuẩn hiếu khí (Aerobic):

Escherichia coli

Streptococcus viridans

Group D streptococcus

Pseudomonas aeruginosa

6. LÂM SÀNG

6.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau âm ỉ ở vùng hố chậu phải, lúc đầu có thể ở vùng trên rốn hay quanh rốn rồi khu trú dần ở vùng hố chậu phải.

- Nôn, buồn nôn là dấu hiệu hay gặp, nhất là ở trẻ em.

- Rối loạn tiêu hóa như chán ăn, táo bón, ỉa chảy cũng có thể gặp.

- Bệnh nhân thấy người mệt mỏi, sốt.

6.2. Triệu chứng toàn thân

- Sốt 37,5°C - 38°C. Trong trường hợp sốt cao hơn, cần phải nghĩ và tìm các nguyên nhân khác, nhất là viêm phần phụ ở phụ nữ hoặc viêm ruột thừa đã có biến chứng khi bệnh nhân tới khám muộn sau 24 giờ.

- Hội chứng nhiễm khuẩn: vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn.

6.3. Triệu chứng thực thể

Cần khám nhẹ nhàng, khám từ vùng không đau tới vùng đau để phát hiện các dấu hiệu bất thường của thành bụng:

- *Phản ứng thành bụng*: Khám nhẹ nhàng vùng hố chậu phải thấy cơ thành bụng vùng này căng hơn những vùng khác của ổ bụng. Càng ấn sâu xuống, cảm giác cơ càng tăng, bệnh nhân đau phải nhăn mặt hay đẩy tay thầy thuốc ra.

- *Tìm các điểm đau*:

+ Điểm Mc Burney: Ở 1/3 ngoài đường nối gai chậu trước trên đến rốn.

+ Điểm đau trên mào chậu phải:
Gặp ở viêm ruột thừa sau manh tràng.

- *Dấu hiệu co cứng thành bụng vùng hố chậu phải*: Thường là dấu hiệu của giai đoạn ruột thừa viêm tiến triển muộn.

- *Tăng cảm giác da vùng hố chậu phải*: Bệnh nhân rất đau khi mới chạm vào vùng này, gặp ở một số ít bệnh nhân.

- *Thăm trực tràng hay thăm âm đạo* ở phụ nữ thấy thành phải trực tràng hay bờ phải tử cung âm đạo đau.

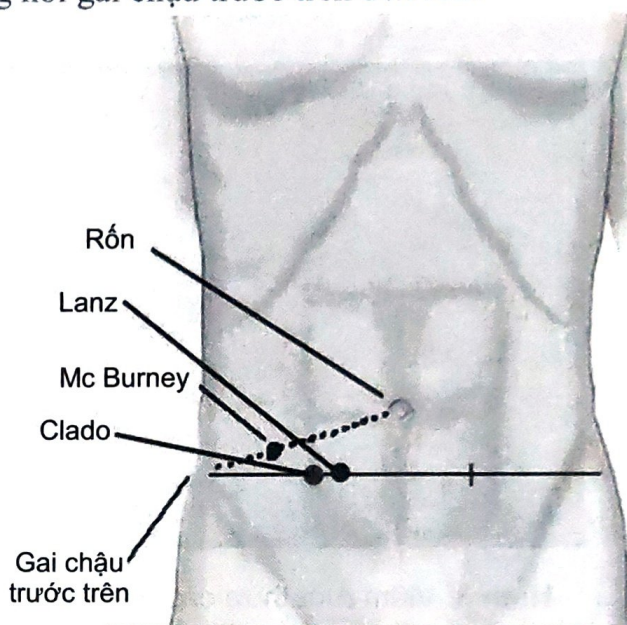
- *Các nghiệm pháp thăm khám viêm ruột thừa*:

+ Schotkin-Blumberg: Bệnh nhân đau khi thầy thuốc đột ngột bỏ tay đang đè ở vùng hố chậu phải.

+ Rovsing: Bệnh nhân đau bên phải khi đẩy dồn hơi trong đại tràng từ bên trái sang bằng cách ép vào vùng hố chậu trái.

+ Sikovski: Bệnh nhân đau khi nằm nghiêng sang bên trái.

+ Obrasov: Thầy thuốc đứng bên phải, tay trái ấn hố chậu phải, tay phải nâng chân bệnh nhân gập vào bụng sẽ gây đau, là dấu hiệu viêm ruột thừa sau manh tràng.



Hình 2. Các điểm đau ở hố chậu phải

6.4. Cận lâm sàng

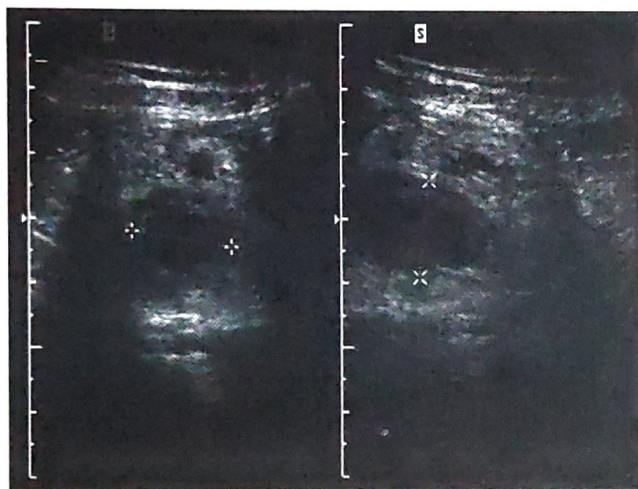
6.4.1. Xét nghiệm công thức máu: Bạch cầu tăng trên 10.000/mm³, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Tuy nhiên, bạch cầu không tăng song song với mức độ tổn thương ruột thừa. Một số bệnh nhân, nhất là người già, số lượng bạch cầu có thể hoàn toàn bình thường.

6.4.2. X quang bụng không chuẩn bị: Không cho thấy dấu hiệu gì đặc biệt. Riêng ở trẻ nhỏ, dấu hiệu viêm ruột thừa muộn được phát hiện qua phim chụp bụng không chuẩn bị với hình ảnh nhiều mức nước hơi của các quai ruột non tập trung ở hố chậu phải.

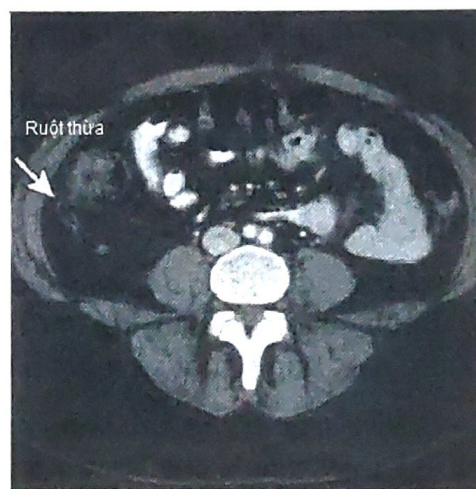
6.4.3. Siêu âm bụng: Có thể thấy ruột thừa to trên 6mm, thành dày, có dịch quanh ruột thừa và thâm nhiễm mỡ xung quanh.

6.4.4. Chụp cắt lớp vi tính: Thấy kích thước ruột thừa to, thành dày, ngấm thuốc không đều hoặc thành ruột thừa không liên tục ở thì tiêm thuốc cản quang, có dịch và thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa.

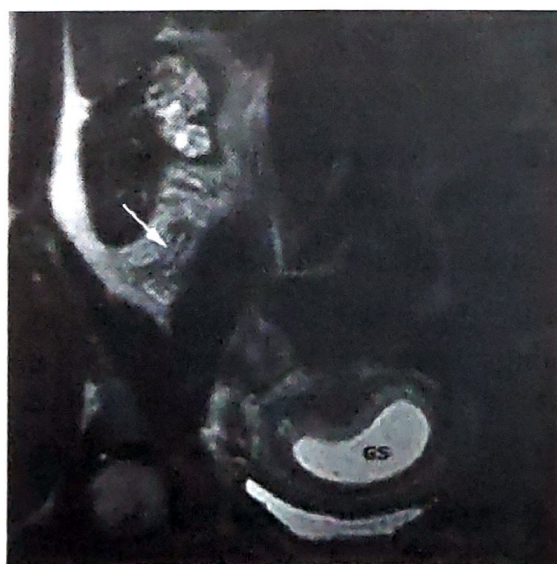
6.4.5. Nội soi ổ bụng: Chẩn đoán trong những trường hợp khó, nhất là ở phụ nữ để phân biệt với các bệnh phụ khoa.



Hình 3. Viêm ruột thừa cấp trên siêu âm



Hình 4. Viêm ruột thừa cấp trên phim chụp cắt lớp



Hình 5. Phim MRI ở thì T2 trên phụ nữ có thai 6 tuần có ruột thừa kích thước 7mm nằm cạnh túi thai lớn (GS).

7. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán viêm ruột thừa cấp chủ yếu dựa vào dấu hiệu lâm sàng, bạch cầu và hình ảnh trên siêu âm ổ bụng. Năm 1986 [2], Alvarado đề xuất thang điểm để chẩn đoán viêm ruột thừa gồm 8 dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm công thức máu, trong đó 6 dấu hiệu cho 1 điểm, 2 dấu hiệu cho 2 điểm, tổng là 10 điểm.

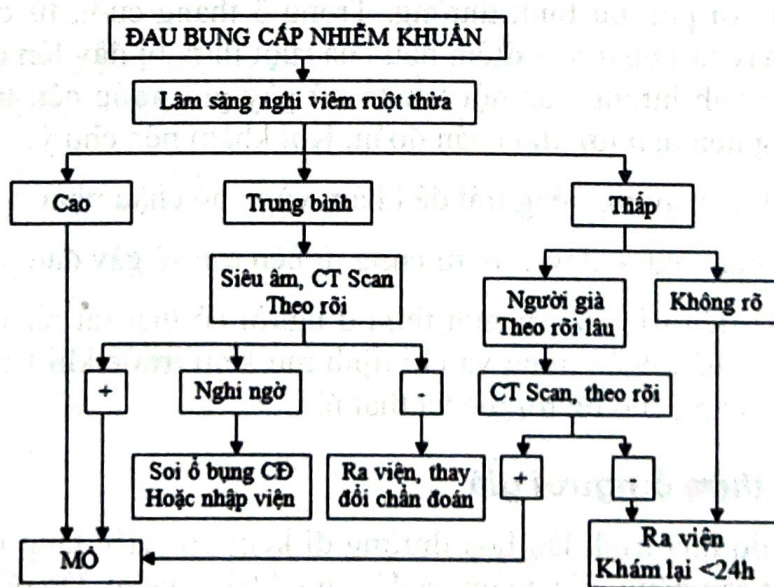
Bảng 1. Thang điểm Alvarado trong viêm ruột thừa

Toàn thân và thực thể (4 điểm)	
Khám hố chậu phải đau	Có (+2)/Không
Sốt nhẹ (37,3°C)	Có (+1)/Không
Phản ứng hố chậu phải	Có (+1)/Không
Cơ năng (3 điểm)	
Đau hố chậu phải	Có (+1)/Không
Chán ăn	Có (+1)/Không
Buồn nôn hoặc nôn	Có (+1)/Không
Xét nghiệm máu (3 điểm)	
Bạch cầu > 10.000	Có (+2)/Không
Tăng bạch cầu đa nhân trung tính	Có (+1)/Không

Cộng kết quả cho trong bảng cho 4 mức độ:

- < 5 điểm: Không có viêm ruột thừa
- 5-6 điểm: Nghi ngờ có viêm ruột thừa (thấp)
- 7-8 điểm: Có khả năng cao viêm ruột thừa (trung bình)
- 9-10 điểm: Có viêm ruột thừa (cao)

Thang điểm trên (bảng 1) gọi là thang điểm Alvarado nguyên bản. Một số tác giả thay dấu hiệu tăng bạch cầu đa nhân trung tính bằng dấu hiệu siêu âm có hình ảnh viêm ruột thừa. Tuy nhiên dấu hiệu siêu âm có viêm ruột thừa cũng chỉ cho 1 điểm. Điều này khẳng định chẩn đoán viêm ruột thừa chủ yếu dựa vào hỏi và thăm khám bệnh của người thầy thuốc, các dấu hiệu cận lâm sàng chỉ có giá trị tham khảo trong bệnh lý viêm ruột thừa.



Hình 6. Phác đồ chẩn đoán viêm ruột thừa

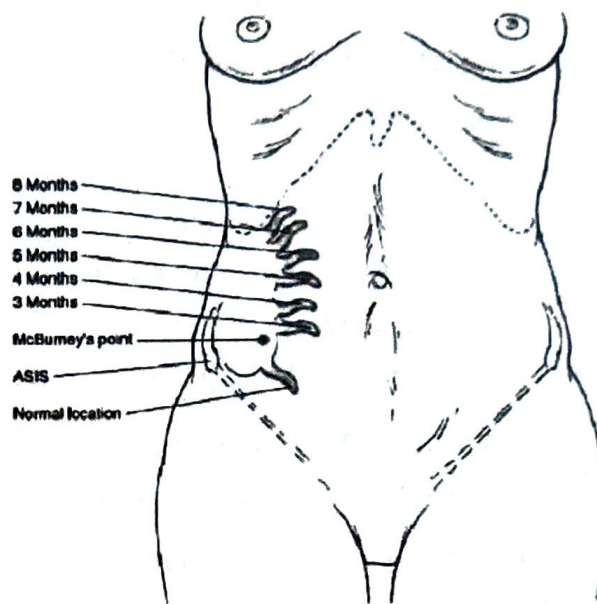
8. THẺ LÂM SÀNG

8.1. Thẻ lâm sàng theo cơ địa

8.1.1. Viêm ruột thừa ở trẻ em

- Viêm ruột thừa ở lứa tuổi nhi: Rất hiếm gặp, chẩn đoán thường gặp nhiều khó khăn do trẻ chưa biết nói, khó hợp tác khi khám nên thường dễ muộn khi đã viêm phúc mạc. Do đó khi trẻ nhi quấy khóc kèm theo sốt, nên nghĩ tới viêm ruột thừa, chập bụng không chuẩn bị có dấu hiệu rất quan trọng là thấy nhiều hình mức nước - hơi tập trung ở hố chậu phải.

- Viêm ruột thừa ở trẻ 2-5 tuổi: Khai thác bệnh sử vẫn còn khó khăn, vì vậy các dấu hiệu lâm sàng cần được chú ý thăm khám kỹ. Rất có thể bỏ sót chẩn đoán nếu trông chờ có đủ các dấu hiệu điển hình. Những triệu chứng như sốt, ỉa chảy, nôn, trằn trọc quấy khóc, co chân bên phải gập vào bụng, bụng trướng là những dấu hiệu rất hay gặp trong viêm ruột thừa. Thăm trực tràng một cách nhẹ nhàng thấy thành phải trực tràng đau rất có giá trị chẩn đoán vì nếu thăm trực tràng một cách thô bạo sẽ làm đứa trẻ đau đớn và khó đánh giá.



Hình 7. Vị trí ruột thừa khi có thai

8.1.2. Viêm ruột thừa ở phụ nữ có thai

- Trong 6 tháng đầu của thời kỳ thai nghén, triệu chứng viêm ruột thừa không có nhiều khác biệt so với phụ nữ bình thường. Trong 3 tháng cuối, tử cung to đẩy mạnh tràng lên cao và xoay ra ngoài nên điểm đau của ruột thừa bị đẩy lên cao và lệch ra sau lưng. Mặt khác, do ảnh hưởng của nội tiết tố nữ gây giữ nước nên làm giảm độ nhạy cảm của thành bụng nên dẫn tới khó chẩn đoán. Khi khám nên chú ý:

+ Đặt bệnh nhân nằm nghiêng trái để khám vùng hố chậu phải.

+ Bệnh nhân nằm ngửa, đẩy vào tử cung từ bên trái sẽ gây đau ở hố chậu phải.

- Cần lưu ý là tiến triển viêm ruột thừa ở người có thai rất nhanh chóng dẫn đến hoại thư vì vậy việc chẩn đoán đúng và chỉ định mổ sớm trước khi hoại thư là điều cần thiết để bảo vệ tính mạng cho người mẹ và thai nhi.

8.1.3. Viêm ruột thừa ở người già

Ở người già do quá trình lão hoá thường đi kèm với việc tăng kéo dài tình trạng viêm nên có sự mất cân bằng giữa viêm và đáp ứng kháng viêm. Do đó viêm ruột thừa ở người già thường gặp hai thể:

- Thể u: Chán ăn, buồn nôn rất thường gặp nhưng ít rầm rộ kèm đau ở vùng hố chậu phải. Phản ứng thành bụng ở người già rất kín đáo, hay gặp trướng bụng, ít khi có sốt. Khám có thể sờ thấy khối chắc ở hố chậu phải.

- Thể tắc ruột: Bệnh nhân có dấu hiệu đau bụng cơn kèm theo có sốt. X quang bụng thấy có quai ruột giãn, mức nước và hơi ở hố chậu phải hay tiểu khung.

Do đó, đối với người già, cần thăm khám toàn thân một cách kỹ càng và tiến hành các xét nghiệm cần thiết để phát hiện các bệnh kèm theo, từ đó lựa chọn phương pháp gây mê, thuốc điều trị sau mổ, thậm chí những thủ thuật kèm theo. Cần lưu ý các bệnh lý phối hợp, thường là bệnh tim mạch (cao huyết áp, loạn nhịp tim...), nội tiết (đái tháo đường...), tiết niệu (phì đại tuyến tiền liệt, suy giảm chức năng thận...).

8.2. Thể lâm sàng theo nguyên nhân

8.2.1. Viêm ruột thừa do ký sinh trùng

Hay gặp viêm ruột thừa do giun đũa ở trẻ em. Bệnh nhi vào viện vì đau bụng dữ dội, thường sau tẩy giun không đủ liều. Không sốt hay sốt nhẹ. Khám vùng hố chậu phải thấy đau, phản ứng nhẹ. Khi mổ có thể thấy ruột thừa ngo ngoậy, nắn ngoài cứng và có thể thấy giun thò ra ở đầu ruột thừa hoại tử.

8.2.2. Viêm ruột thừa do lao

Trên bệnh nhân đang điều trị lao hoặc không rõ tiền sử mắc lao. Bệnh diễn biến chậm, đau và phản ứng hố chậu phải không rõ rệt. Khi mổ thấy ruột thừa sưng to và rải rác có hạt màu trắng trên thanh mạc ruột và phúc mạc, hạch mạc treo, có dịch vàng trong ổ bụng. Xét nghiệm giải phẫu bệnh thấy hình ảnh viêm lao đặc hiệu. Cần điều trị lao tích cực vì nguy cơ rò và bục mủm ruột thừa cao.

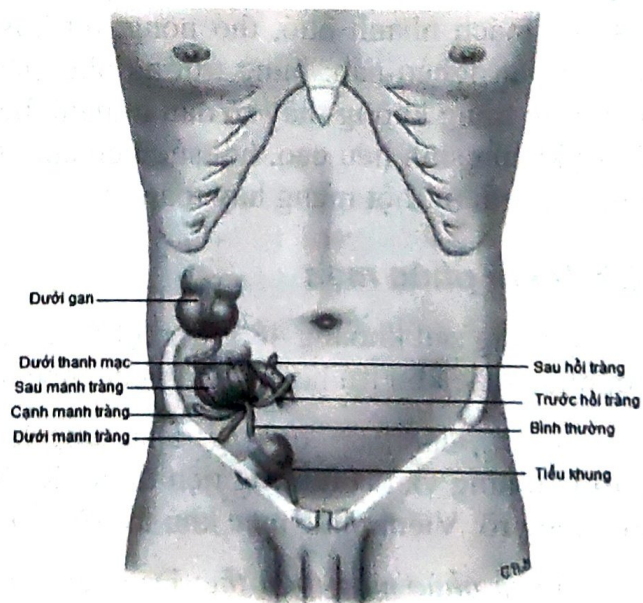
8.3. Thể lâm sàng theo vị trí

8.3.1. Viêm ruột thừa ở trong hố chậu phải, trước hồi tràng

Bệnh nhân có dấu hiệu cơ năng như mô tả trong thể điển hình, khám thấy điểm McBurney đau, nghiệm pháp Rovsing có giá trị.

8.3.2. Ruột thừa nằm trong thanh mạc hồi tràng

Bệnh nhân thấy đau vùng hố chậu phải quặn thắt từng cơn, kèm ỉa chảy.



Hình 8. Các vị trí của ruột thừa

8.3.3. Viêm ruột thừa sau manh tràng

Đau lan ra sau lưng, khi khám thấy hố chậu phải đau không rõ. Đôi khi thấy chân phải co lại do kích thích cơ đài chậu. Nắn điểm trên mào chậu bệnh nhân đau chói, không có dấu hiệu phúc mạc, nghiệm pháp Obrasov đau.

8.3.4. Viêm ruột thừa tiểu khung

Thường có dấu hiệu về tiết niệu như đái rắt, đái buốt. Khi khám bụng thấy điểm đau lệch xuống thấp ở hố chậu phải hoặc đau trên xương mu. Thăm trực tràng hay âm đạo rất quan trọng để chẩn đoán.

8.3.5. Viêm ruột thừa dưới gan

Khám hố chậu phải không đau nhưng thấy đau và phản ứng thành bụng ở dưới gan.

8.3.6. Viêm ruột thừa bên trái

Ở người đảo ngược phủ tạng. Khi bệnh nhân đau hố chậu trái kèm theo sốt cần chú ý thăm khám toàn thân để phát ruột thừa nằm ở bên trái.

8.3.7. Viêm ruột thừa trong bao thoát vị

Tránh nhầm với thoát vị nghẹt.

8.4. Thể lâm sàng theo tiến triển, biến chứng

8.4.1. Viêm ruột thừa thể nhiễm độc

Hay gặp ở trẻ em hoặc ở những người cơ thể khỏe mạnh, cường tráng như vận động viên. Bệnh nhân trong tình trạng sốc nhiễm khuẩn, nhiễm độc như: sốt cao 39-40°C, mạch nhanh nhỏ, thở nông, tụt huyết áp, đầu chi tím lạnh. Khám bụng thấy dấu hiệu rất nghèo nàn: bụng trương nhẹ, nắn bụng đau không rõ, không rõ phản ứng. Thăm trực tràng không thấy rõ đau ở thành bên phải. Thể này cần được mổ sớm kết hợp điều trị kháng sinh liều cao, hồi sức tích cực. Khi mổ thấy có ít dịch thối ở hố chậu phải, ruột thừa hoại tử một mảng hay toàn bộ.

8.4.2. Viêm phúc mạc

Thường sau khoảng 48 giờ, ruột thừa viêm không được điều trị kịp thời sẽ vỡ gây viêm phúc mạc khu trú hoặc viêm phúc mạc toàn thể..

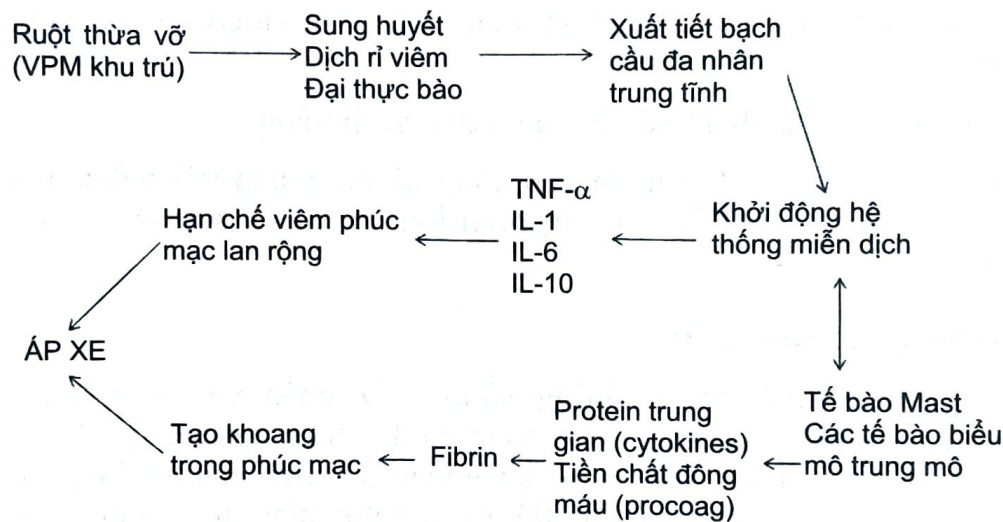
- *Viêm phúc mạc khu trú*: Đau tăng lên nhưng khu trú ở hố chậu phải, kèm sốt 39-40°C nhưng vẫn còn trung tiện được. Khám thấy khối vùng hố chậu, đau chói, ranh giới không rõ. Viêm phúc mạc khu trú sẽ tiến triển thành áp xe ruột thừa.

- *Viêm phúc mạc toàn thể*: Đau tăng lên sau đó đau lan khắp bụng; thể trạng suy sụp; vẻ mặt hốc hác; nhiệt độ 39-40°C; có thể có rét run; bụng trương, bí trung đại tiện hoặc ỉa chảy. Khám thấy tăng cảm giác da bụng, cảm ứng phúc mạc khắp bụng nhưng nếu khám kỹ vẫn thấy đau nhất ở hố chậu phải.

- *Viêm phúc mạc thì 2*: viêm ruột thừa tiến triển sau 24-48 giờ sẽ thấy các triệu chứng giảm đi, bệnh nhân đỡ hay hết sốt, hết đau nhưng sau đó đột ngột đau lại dữ dội vùng hố chậu phải; toàn thân suy sụp nhanh cùng với dấu hiệu viêm phúc mạc toàn thể rõ.

8.4.3. Áp xe ruột thừa

Là thể viêm phúc mạc khu trú do ổ mủ và dịch trong lòng ruột thừa viêm chảy ra, được bao bọc bởi tổ chức xung quanh như mạc nối, các quai ruột dính lại, tiến triển thành ổ áp xe. Lâm sàng bệnh nhân thấy đau tăng ở hố chậu phải, sốt cao dao động. Khám vùng hố chậu phải thấy một khối căng, nắn đau chói, liền với gai chậu, có khi thấy da vùng này tấy đỏ lên do ổ mủ sắp vỡ ra ngoài... Có thể gặp thể áp xe ruột thừa trong ổ bụng, khi khám thấy một khối đau chói, di động, nằm cách với gai chậu, lệch vào phía trong.



Hình 9. Quá trình hình thành áp xe ruột thừa.

TNL-α: yếu tố hoại tử khối u, IL-1: InterLeukin được sản xuất từ tế bào T và B đã hoạt hoá

8.4.4. Đám quánh ruột thừa

Gặp ở một số trường hợp ruột thừa ở giai đoạn viêm được các tổ chức xung quanh bao bọc lại. Thường gặp ở bệnh nhân khỏe mạnh, được sử dụng kháng sinh, đến viện vào ngày thứ 4-5 sau triệu chứng đau bụng vùng hố chậu phải. Khám thấy dấu hiệu nhiễm trùng, sốt nhẹ 37,5°C - 38°C, vùng hố chậu phải có một đám chắc, ranh giới không rõ, nắn vào đau ít. Đây là trường hợp bệnh lý của ruột thừa duy nhất không chỉ định mổ ngay mà nên điều trị kháng sinh và theo dõi. Quá trình viêm có thể tự thoái trào hay khu trú lại thành ổ áp xe ruột thừa.

9. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

9.1. Với các nguyên nhân khác trong ổ bụng

Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng: do dịch tiêu hóa từ ổ loét thủng chảy xuống khu trú ở hố chậu phải gây ra đau. Thường là do thủng dạ dày không phát hiện sớm, để muộn khi đã có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân. Hỏi và khám kỹ sẽ thấy cơn đau bắt đầu đột

ngột, dữ dội vùng trên rốn. Bao giờ cũng có co cứng và đau dù kín đáo ở trên rốn. Khi mổ thấy ruột thừa viêm không rõ, có dịch nhớt và có thể thấy thức ăn đọng ở hố chậu phải thì nên nghĩ tới và tìm xem có thủng ổ loét dạ dày - tá tràng không.

Viêm túi mật cấp: Dễ nhầm với viêm ruột thừa dưới gan. Bệnh nhân đau dưới sườn phải kèm theo có sốt rét run. Khám vùng dưới sườn phải đau, có thể sờ thấy túi mật to. Siêu âm là phương pháp chẩn đoán phân biệt có giá trị.

Viêm tụy cấp: Cũng có thể gây ra nhầm lẫn trong chẩn đoán.

Ở trẻ em: Cần phân biệt đau bụng do viêm ruột thừa với lồng ruột cấp, viêm túi thừa Meckel hoặc viêm hạch mạc treo, viêm ruột.

Ở phụ nữ: Có thể nhầm với viêm phần phụ, chửa ngoài tử cung vỡ, vỡ nang hoàng thể, xoắn u nang buồng trứng bên phải. Điểm Lanz là điểm buồng trứng nằm ở 1/3 bên phải trên đường liên gai chậu trước trên sẽ đau. Trong trường hợp nghi ngờ chẩn đoán thì nên chỉ định nội soi ổ bụng để chẩn đoán phân biệt và có thể kết hợp để điều trị nguyên nhân.

Ở người già: Có thể nhầm với tắc ruột và u manh tràng.

Một số bệnh lý khác: tuy hiếm gặp cũng có thể nhầm với viêm ruột thừa như: viêm túi thừa đại tràng, viêm hoại tử mạc nối lớn, tắc mạch mạc treo, vỡ phồng động mạch chủ bụng.

9.2. Các bệnh lý do tiết niệu

Cơn đau quặn thận hay viêm đường tiết niệu: Dễ nhầm với viêm ruột thừa, nhất là ruột thừa sau manh tràng. Thường bệnh nhân có dấu hiệu đau vùng thắt lưng phải, có thể sau một vài đợt vận động, kèm theo có rối loạn tiểu tiện như đái buốt, đái rắt, nước tiểu đục hay có máu. Siêu âm, chụp hệ tiết niệu, xét nghiệm tế bào nước tiểu giúp ích cho chẩn đoán phân biệt.

Cơn đau quặn thận do sỏi niệu quản phải: nếu vị trí sỏi dừng lại ở điểm niệu quản giữa, điểm Clado là nơi gặp của đường liên gai chậu trước trên và bờ ngoài cơ thẳng to bên phải sẽ đau dễ lầm với viêm ruột thừa

Viêm cơ đái chậu bên phải: Bệnh nhân đau vùng hố chậu phải kèm theo có dấu hiệu kích thích cơ đái chậu như chân phải gập vào bụng, không thể duỗi chân ra vì đau. Khi cố kéo duỗi chân phải ra, khối cơ lưng tương ứng sẽ co cứng và đau. Siêu âm phát hiện ổ mù cơ đái chậu rất có giá trị chẩn đoán phân biệt.

9.3. Một số bệnh nội khoa

Viêm thùy dưới phổi phải, một số trường hợp sốt do virus có thể gây đau vùng hố chậu phải, đặc biệt là ở trẻ em như sốt phát ban, viêm gan virus...

10. ĐIỀU TRỊ

10.1. Viêm ruột thừa cấp

Nguyên tắc điều trị viêm ruột thừa cấp là phẫu thuật ruột thừa sớm để tránh biến chứng. Có thể thực hiện phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi để cắt ruột thừa.

Phẫu thuật mở kinh điển theo đường McBurney ở vùng hố chậu phải, tách các cân cơ thành bụng trước vào ổ bụng. Có thể thực hiện cắt ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi với ba trocar kinh điển hoặc một trocar. Khi vào bụng cần lấy mũ làm kháng sinh đồ, cắt ruột thừa, cầm máu mạc treo, khâu túi vùi gốc ruột thừa. Nếu đáy ruột thừa mủn không khâu được thì dẫn lưu manh tràng ra ngoài ổ bụng bằng một ống thông cao su Malecot hoặc Pezzet cỡ 18-20. Thành bụng được đóng theo các lớp giải phẫu (hình 10,11,12).

10.2. Viêm ruột thừa có biến chứng

10.2.1. Viêm phúc mạc toàn thể

- Mô cấp cứu càng sớm càng tốt.
- Mô đường trắng bên phải hoặc giữa dưới rốn.
- Lấy dịch mủ thử vi trùng và làm kháng sinh đồ.
- Cắt ruột thừa vùi. Nếu mủn thì mở thông manh tràng, dẫn lưu Douglas.
- Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu Douglas và rãnh đại tràng hai bên.
- Đóng thành bụng một lớp, hở da.
- Kháng sinh hoạt phổ rộng sau mổ.

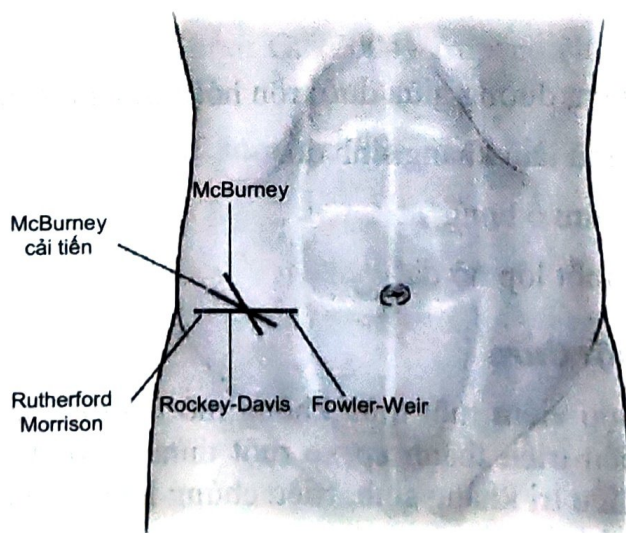
Có thể mổ nội soi nhưng phải đảm bảo làm sạch ổ bụng.

10.2.2. Áp xe ruột thừa

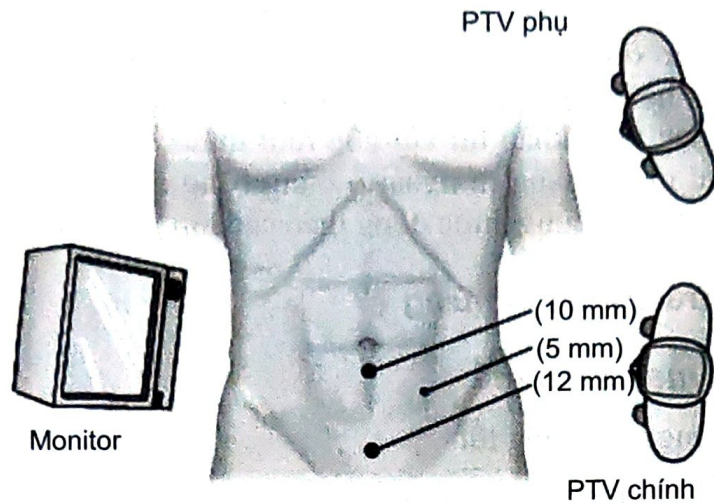
Chỉ định phẫu thuật có tri hoãn, điều trị kháng sinh, bồi phụ nước điện giải, nâng cao thể trạng trước phẫu thuật.

Áp xe thành hóa:

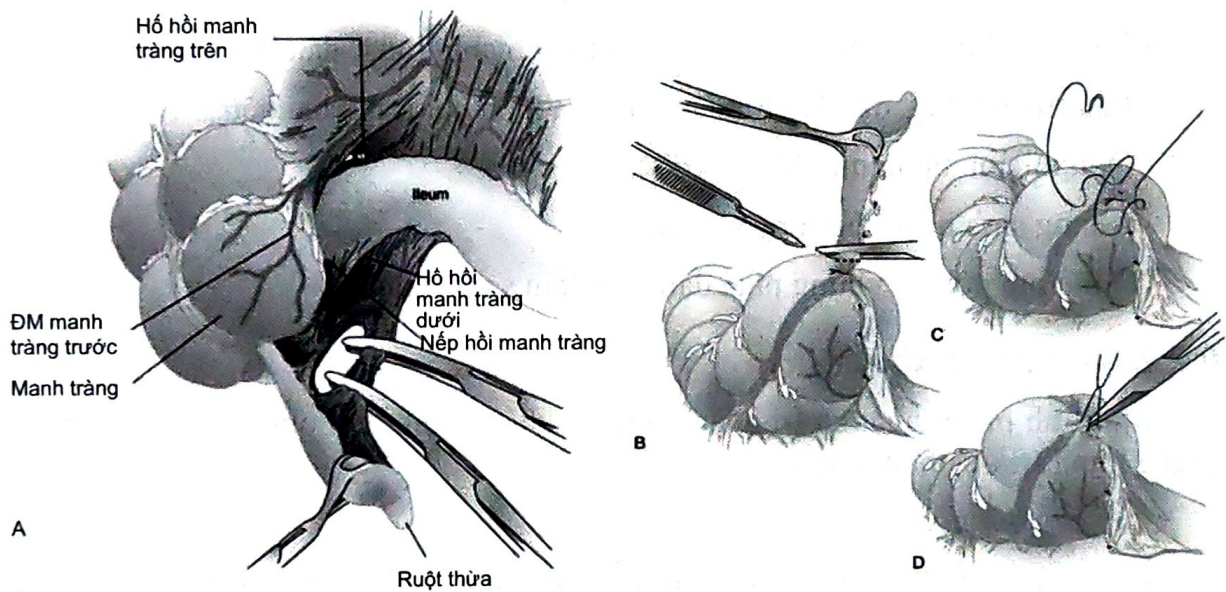
- Chọc hút dẫn lưu áp xe dưới chỉ dẫn của siêu âm hoặc CT Scan. Có thể trích áp xe đường ngoài phúc mạc để phá bỏ góc ngách, bơm rửa và dẫn lưu.
- Lấy mũ cấy vi trùng và làm kháng sinh đồ.



Hình 10. Các đường rạch trong phẫu thuật mở



Hình 11. Đặt trocar trong phẫu thuật nội soi



Hình 12. A. Giải phóng mạc treo; B. Cắt ruột thừa; C. Khâu túi; D. Vùi gốc ruột thừa

- Điều trị kháng sinh sau thủ thuật, cắt ruột thừa sau 3-6 tháng.

Áp xe trong ổ bụng:

- Mổ đường trắng bên, đường giữa dưới rốn hoặc mổ nội soi.
- Phá bỏ áp xe, lấy mủ làm kháng sinh đồ.
- Cắt ruột thừa, dẫn lưu ổ bụng
- Đóng thành bụng một lớp hở da

10.2.3. Đám quánh ruột thừa

Duy nhất trường hợp viêm ruột thừa không mổ mà điều trị tích cực bằng kháng sinh và theo dõi. Nếu tiến triển thành áp xe ruột thừa sẽ xử lý như áp xe. Nếu đám quánh tiến triển tốt sau điều trị kháng sinh, triệu chứng lâm sàng giảm dần rồi hết thì sẽ mổ cắt ruột thừa sau 3-4 tháng.

11. PHÁT HIỆN SỚM VIÊM RUỘT THỪA Ở CỘNG ĐỒNG

- Phát triển hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu, tuyên truyền hướng dẫn cho cộng đồng biết các dấu hiệu nghi ngờ có viêm ruột thừa để người bệnh đến khám tại các cơ sở y tế sớm là nhiệm vụ cơ bản của y tế cộng đồng.

- Thầy thuốc khám bệnh ban đầu cần sớm nhận biết các triệu chứng, không lạm dụng thuốc nhất là thuốc giảm đau và kháng sinh, đồng thời gửi bệnh nhân đến cơ sở ngoại khoa sớm là cách tốt nhất để giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong do viêm ruột thừa.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt viêm ruột thừa?

Câu 2. Hãy trình bày chẩn đoán, biến chứng và chỉ định phẫu thuật trong viêm ruột thừa?

Câu 3. Hãy trình bày chỉ định và điều trị viêm ruột thừa và các biến chứng của viêm ruột thừa?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội (1997). *Bệnh học Ngoại khoa, tập 1*. Nhà xuất bản Y học.
2. Alvarado A. (May 1986) A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Annals of Emergency Medicine*, 15 (5): 557-64.
3. Andersson REB., Lambe M. (2001) Incidence of appendicitis during pregnancy. *Int J Epidemiol*, 30: 1281-5.
4. Andersson RE., Olaison G., Tysk C., Ekbom A. (2001) Appendectomy and protection against ulcerative colitis. *N Engl J Med*, 344: 808-14.
5. Andersson RE., Olaison G., Tysk C., Ekbom A. (2003) Appendectomy is followed by increased risk of Crohns disease. *Gastroenterology*, 124:40.
6. Guttman R., Goldman RD., Koren G. (2004) Appendicitis during pregnancy. *Can Fam Physician*; 50: 355-7.
7. Schwartzs. (2012) Principle of surgery, 9th edit. *The Mc Graw-Hill Companies*, chapter 31.

THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Phạm Đức Huân, Nguyễn Hoàng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được giải phẫu bệnh thùng ổ loét dạ dày - tá tràng.
2. Trình bày được triệu chứng và chẩn đoán thùng ổ loét dạ dày - tá tràng.
3. Trình bày được nguyên tắc và các phương pháp điều trị thùng ổ loét dạ dày - tá tràng.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Loét dạ dày tá tràng là hậu quả của mất cân bằng giữa các yếu tố tấn công (a xít, pepsin) và hệ thống bảo vệ niêm mạc của dạ dày. Hàng năm trên thế giới có khoảng 4 triệu người mắc mới, chiếm 1,5-3% dân số thế giới, tỉ lệ biến chứng của loét dạ dày khoảng 10-20%, trong đó biến chứng thùng chiếm 2-14%. Trong những năm gần đây, nhờ sự hiểu biết sâu về bệnh sinh và vai trò của vi khuẩn *Helicobacter pylori*, việc điều trị bệnh loét dạ dày - tá tràng đạt kết quả cao nên biến chứng của loét dạ dày - tá tràng, trong đó có thùng ổ loét dạ dày - tá tràng đã giảm rõ rệt.

Chẩn đoán thùng ổ loét dạ dày - tá tràng thường sớm và dễ vì các triệu chứng thường điển hình, rầm rộ. Điều trị bệnh cũng đã có những thay đổi và tiến bộ quan trọng. Do những hiểu biết sâu về cơ chế bệnh sinh của bệnh nên phẫu thuật chủ yếu là khâu lỗ thùng và điều trị bệnh loét sau mổ đã mang lại kết quả tốt và tránh được các biến chứng sớm và muộn của phẫu thuật cắt dạ dày và cắt thần kinh X.

Ngày nay, phẫu thuật nội soi được áp dụng rộng rãi trong điều trị thùng ổ loét dạ dày - tá tràng. Các kết quả nghiên cứu đã cho thấy đây là phương pháp phẫu thuật ít xâm hại, có nhiều ưu điểm so với mổ mở.

1.1. Đặc điểm dịch tễ học

- Giới: Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới. Kết quả các nghiên cứu có khác nhau nhưng đa số thấy rằng nam chiếm khoảng 90% và nữ chiếm khoảng 10%.

- Tuổi: Gặp nhiều nhất là độ tuổi từ 20-40, chiếm khoảng 40%. Trẻ nhất là 16 tuổi, già nhất là 81 tuổi, rất hiếm gặp ở trẻ em.

1.2. Các yếu tố thuận lợi

- Mùa rét bệnh gặp nhiều hơn, nhất là vào dịp thời tiết thay đổi từ nóng chuyển sang lạnh hoặc lạnh chuyển sang nóng.

- Thủng ổ loét có thể xảy ra bất cứ thời điểm nào, thủng hay xảy ra ngay sau bữa ăn hoặc sau ăn vài giờ. Thủng càng gần bữa ăn thì ổ bụng càng bần và càng nhanh dẫn đến viêm phúc mạc.

- Các chấn thương tinh thần, sau phẫu thuật lớn, sang chấn về tâm lý, tình cảm có thể là yếu tố thuận lợi gây thủng.

- Sử dụng các thuốc gây loét: Thuốc giảm đau không steroid, thuốc cortison lâu dài để điều trị các bệnh mạn tính cũng là các yếu tố nguy cơ gây thủng. Nhiều nghiên cứu cho thấy có đến 40-50% bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày - tá tràng có liên quan đến sử dụng các thuốc gây loét.

- Vi khuẩn *Helicobacter pylori*: Có đến 90% các trường hợp thủng ổ loét dạ dày tá tràng có dương tính với *Helicobacter pylori*. Ở bệnh nhân có hội chứng Zollinger Ellison có nguy cơ thủng cao và những bệnh nhân này dễ bị thủng tái phát sau điều trị.

2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

2.1. Lỗ thủng

Thường có một lỗ thủng, ít khi có hai hay nhiều lỗ thủng. Vị trí ổ loét thủng gặp ở tá tràng nhiều hơn ở dạ dày, ổ loét thủng thường ở mặt trước hành tá tràng và bờ cong nhỏ. Lỗ thủng nhiều khi phù nề, co kéo và viêm dính. Các ổ loét ở mặt sau dạ dày - tá tràng có thể không thủng vào ổ bụng mà thủng vào hậu cung mạc nối hoặc sau phúc mạc cho nên khi thăm dò nếu không thấy lỗ thủng mặt trước, phải mở mạc nối dạ dày đại tràng đi vào hậu cung mạc nối để tìm lỗ thủng ở mặt sau.

Lỗ thủng có thể ở một ổ loét non hoặc ổ loét đã xơ chai. Lỗ thủng ổ loét dạ dày thường có kích thước lớn hơn ở tá tràng và thường thấy ở bờ cong nhỏ. Dựa vào kích thước lỗ thủng có thể chia làm ba loại: lỗ thủng nhỏ (kích thước lỗ thủng dưới 1cm), lỗ thủng lớn (kích thước lỗ thủng từ 1-3cm) và lỗ thủng khổng lồ (kích thước lỗ thủng trên 3cm).

2.2. Tình trạng ổ bụng

Tình trạng ổ bụng sạch hay bần tùy theo bệnh nhân đến sớm hay muộn, thủng xa hay gần bữa ăn, lỗ thủng to hay nhỏ và tùy theo vị trí lỗ thủng, ổ loét có gây hẹp môn vị ổ bụng thường rất bần.

Khi thủng, hơi, dịch tiêu hóa và thức ăn sẽ tràn vào ổ bụng. Lúc đầu, dịch tràn vào tầng trên mạc treo đại tràng ngang rồi theo rãnh đại tràng xuống vùng chậu hông, túi cùng Douglas và sau đó tràn ra khắp ổ bụng.

Trong những giờ đầu, dịch ổ bụng chưa nhiễm khuẩn có màu trắng đục hay vàng nhạt. Dịch thường loãng nhưng cũng có khi là dịch nhầy, sánh, thường có lẫn các mảnh thức ăn nát vụn hoặc mảnh rau chưa tiêu hết. Sau một thời gian ngắn, chừng 6 - 12 giờ, dịch ổ bụng sẽ nhiễm khuẩn và thành mủ, trong bụng có nhiều giả mạc dính vào các tạng, các quai ruột, nhiều nhất ở xung quanh lỗ thủng.

Ở những bệnh nhân thủng ổ loét đã gây hẹp môn vị, ổ bụng thường có rất nhiều nước nâu đen, bẩn, lẫn với nhiều thức ăn cũ chưa được tiêu hóa. Dịch ổ bụng nhanh chóng bị nhiễm khuẩn và bệnh nhân thường trong tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc. Đối với những trường hợp thủng ổ loét mặt sau dạ dày, dịch dạ dày chảy vào hậu cung mạc nối và qua khe Winslow chảy vào ổ bụng, nên khi mở bụng có thể không thấy dịch.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng

Lâm sàng bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày - tá tràng trải qua ba giai đoạn: Giai đoạn 1 (viêm phúc mạc hoá chất) do dịch a xít trong dạ dày gây nên hoặc dạ dày nhiễm vi khuẩn bacteria hoặc nhiễm nấm; Giai đoạn 2 (giai đoạn trung gian) sau 6-12 giờ nhiều bệnh nhân thấy triệu chứng đau giảm đi do dịch a xít dạ dày được trung hoà bởi dịch tiết phúc mạc; Giai đoạn 3 (giai đoạn nhiễm trùng trong ổ bụng) xảy ra sau khoảng 12 giờ sau thủng.

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng: Đau bụng thường xuất hiện đột ngột, dữ dội vùng thượng vị. Người ta thường dùng cụm từ "đau như dao đâm" để mô tả tính chất đau. Bệnh nhân đau dữ dội nên thường gập người về phía trước khi đi, hai chân ép vào bụng khi nằm, đau làm bệnh nhân sợ di chuyển, vẻ mặt hốt hoảng, toát mồ hôi, chi lạnh.

Vị trí đau thường là vùng mũi ức, trên rốn, có thể ở giữa bụng hoặc lệch phải sau đó đau lan xuống hố chậu phải và lan ra khắp ổ bụng. Triệu chứng này gặp ở trên 80% trường hợp. Đây là triệu chứng rất có giá trị chẩn đoán.

- Nôn: bệnh nhân có thể có nôn hoặc buồn nôn. Khoảng 15% bệnh nhân có nôn. Nôn ra dịch nâu đen nếu có hẹp môn vị, ít khi có nôn ra máu nhưng nếu có thì là trường hợp rất nặng, tiên lượng xấu, cần xử lý kịp thời.

- Bí trung đại tiện: Ít có giá trị vì là dấu hiệu muộn, khi đã có viêm phúc mạc toàn thể làm liệt ruột.

- Tiền sử loét dạ dày tá tràng: Đa số bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày tá tràng nhiều năm, ở một số bệnh nhân, thủng dạ dày là dấu hiệu đầu tiên của bệnh.

3.1.2. Toàn thân

Bệnh nhân có thể có dấu hiệu sốc thoáng qua: mặt xanh xám, lo âu, sợ hãi, toát mồ hôi, mũi và đầu chi lạnh, thân nhiệt hạ thấp dưới 37°C , mạch nhanh nhỏ. Dấu hiệu sốc ban đầu thường thoáng qua và tình trạng toàn thân trở lại bình thường, mạch, huyết áp ổn định. Nếu đến muộn, bệnh nhân thường trong tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng do viêm phúc mạc nhiễm khuẩn. Sốt cao $39-40^{\circ}$ độ, vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, mạch nhanh, huyết áp có thể tụt và có thể dẫn tới tình trạng sốc thực sự do nhiễm khuẩn.

3.1.3. Triệu chứng thực thể

- Nhìn bụng: Bệnh nhân thờ nông, bụng nằm im không di động theo nhịp thở, bệnh nhân hoàn toàn thờ bằng ngực, có khi bụng hơi trướng. Hai cơ thẳng to nổi rõ, các vách cân ngang cắt thành từng múi. Ở hai bên thành bụng thấy rõ nếp chéo của hai cơ chéo.

- Sờ nắn bụng: Sờ nắn bụng thấy thành bụng co cứng và đau. Dấu hiệu co cứng thành bụng thường điển hình, khi sờ nắn có cảm giác cứng như sờ vào một mảnh gỗ và được mô tả là bụng cứng như gỗ. Triệu chứng này xuất hiện rất sớm cùng lúc với đau. Dấu hiệu co cứng thành bụng bao giờ cũng có và có giá trị bậc nhất trong chẩn đoán. Nhà ngoại khoa nổi tiếng Henri Mondor nói rằng: "Khi thủng dạ dày, triệu chứng co cứng thành bụng bao giờ cũng gặp. Không những thế, triệu chứng này bao giờ cũng ở mức độ rất rõ ràng". Chỉ có một số ít bệnh nhân, triệu chứng này nhẹ, biểu hiện không rõ trong trường hợp bệnh nhân nghiện thuốc phiện hoặc đã dùng morphin. Do đó, không được tiêm morphin cho các bệnh nhân nghi là thủng dạ dày - tá tràng vì sẽ làm mất đi dấu hiệu quan trọng nhất này. Tuy nhiên, khi đã có chẩn đoán xác định, trong lúc chờ mổ có thể tiêm thuốc giảm đau.

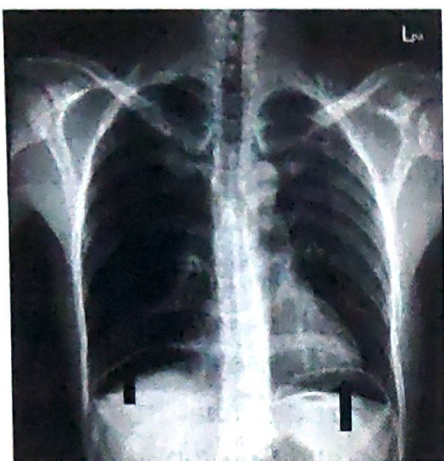
- Gõ bụng: Bệnh nhân nằm ngửa hoặc tư thế nửa nằm nửa ngồi và gõ bụng thấy mất vùng đục trước gan vì với tư thế đó hơi sẽ lách lên cao vào dưới cơ hoành và trước gan. Trong trường hợp dạ dày chứa nhiều dịch và có một lỗ thủng to, dịch chảy xuống thấp, gõ sẽ thấy đục hai bên mạng sườn và hố chậu. Dịch ổ bụng là dịch của dạ dày chảy vào ổ bụng và do viêm, xuất tiết của màng bụng. Nếu bệnh nhân đến muộn, bụng trướng thì dấu hiệu gõ đục không rõ nữa.

- Thăm trực tràng, âm đạo thấy túi cùng Douglas phồng và đau. Đây là dấu hiệu có giá trị của viêm phúc mạc.

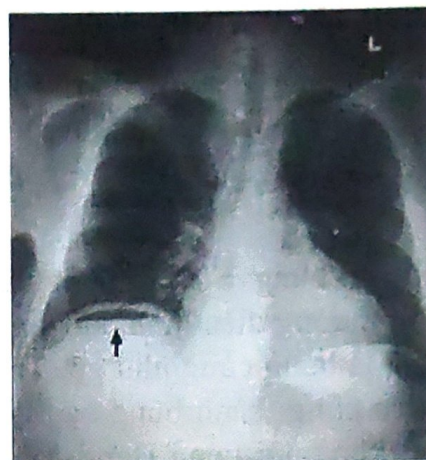
3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Chụp bụng không chuẩn bị hoặc chiếu ổ bụng trên X quang

Trên màn hình X quang thấy cơ hoành di động kém. Hình ảnh chủ yếu là xuất hiện những bóng sáng dưới cơ hoành ở tư thế đứng, hình liềm hơi nằm giữa mặt lõm cơ hoành ở trên và mặt lồi của gan ở dưới. Bên trái thì nằm giữa cơ hoành trái và túi hơi dạ dày. Có khi chỉ có ở bên phải, có khi có cả hai bên, ít khi chỉ thấy đơn thuần bên trái. Nếu không thể chụp được ở tư thế đứng, thì chụp ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái đặt bóng chụp ngang sẽ thấy hơi nằm giữa thành bụng và gan hoặc ở tư thế nằm nghiêng thấy hơi nằm dưới thành bụng. Liềm hơi có khi lớn 2-3 cm hay hơn nhưng cũng có khi rất nhỏ, mỏng chỉ vài mm. Hình ảnh hơi tự do trong ổ bụng có ở khoảng 80% trong các trường hợp chụp bụng không chuẩn bị. Khi thấy có hơi tự do trong ổ bụng là dấu hiệu chắc có thủng tạng rỗng. Tuy nhiên, khi không thấy dấu hiệu này thì cũng không loại trừ được.



A



B

Hình 1. Liềm hơi dưới hoành hai bên (A); Liềm hơi dưới hoành bên phải (B)

3.2.2. Siêu âm bụng

Siêu âm ổ bụng có thể thấy đường tăng âm với hình ảnh “rèm cửa” với sự phản âm phía sau nằm giữa bờ gan và mặt sau của thành bụng. Siêu âm còn giúp phát hiện được dịch trong ổ bụng, đặc biệt là ở dưới gan, rãnh đại tràng và túi cùng Douglas.



A

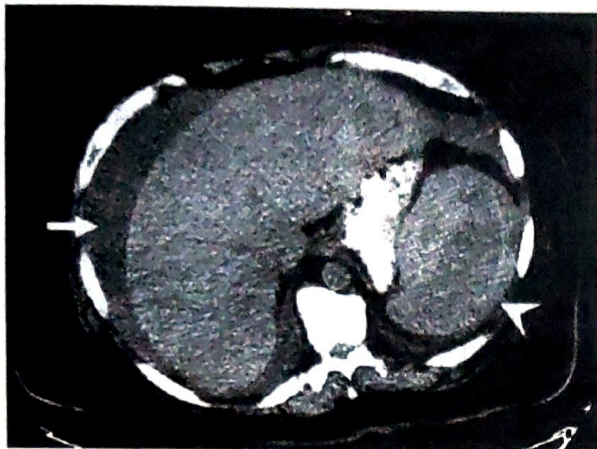


B

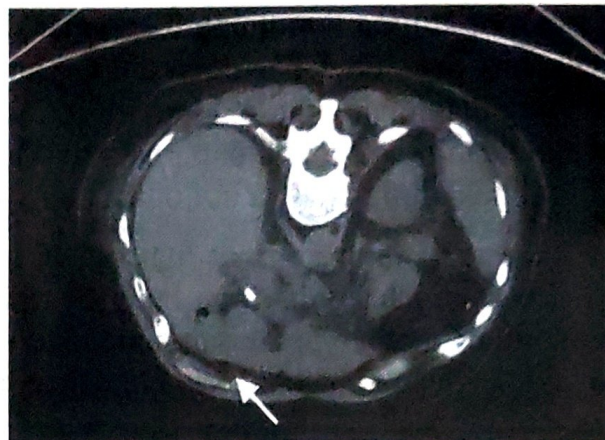
Hình 2. Hình ảnh khí trong ổ bụng (A); Hình ảnh dịch giữa tá tràng và thận phải (B)

3.2.3. Chụp cắt lớp vi tính

Chụp cắt lớp vi tính có độ nhạy và độ chính xác cao trong việc phát hiện sớm khí tự do trong ổ bụng, bệnh nhân ở tư thế nằm sẽ thấy khí xuất hiện ngay dưới thành bụng trước, đôi khi thấy khí ở cả hai bên dây chằng tròn, hậu cung mạc nối. Việc mờ của sô hình ảnh giúp phân biệt được là khí trong ổ bụng và tổ chức mỡ. Chụp cắt lớp vi tính còn xác định được lượng dịch trong ổ bụng và tình trạng của ruột trong trường hợp viêm phúc mạc ruột. Trong các trường hợp thủng ổ loét mặt sau tá tràng vào khoang sau phúc mạc, chụp cắt lớp vi tính có thể thấy ổ dịch hoặc ổ áp xe sau phúc mạc, trước thận hoặc có thể thấy hình ảnh thuốc cản quang thoát vào trong ổ bụng nếu bệnh nhân chụp có uống thuốc cản quang (telebrix - thuốc tan trong nước).



A



B

Hình 3. Hình ảnh dịch trong ổ bụng (A); Hình ảnh khí tự do trên phim chụp cắt lớp vi tính (B)

3.2.4. Chụp dạ dày

Chụp dạ dày có uống thuốc cản quang hòa tan (như telebrix) có thể phát hiện thoát thuốc vào ổ phúc mạc, chống chỉ định cho bệnh nhân uống thuốc cản quang baryt để chụp khi nghi ngờ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng.

3.2.5. Xét nghiệm máu

Xét nghiệm máu không có giá trị chẩn đoán xác định. Trong thủng ổ loét dạ dày tá tràng thấy có các yếu tố phản ứng viêm tăng cao (tăng bạch cầu, CRP-c reactive protein, procalcitonin tăng cao), có thể thấy ure, creatinin tăng do suy thận trước thận. Ngoài ra xét nghiệm máu có giá trị chẩn đoán loại trừ viêm tụy cấp (thủng ổ loét dạ dày - tá tràng có thể thấy amylase máu tăng nhưng thường tăng không quá gấp 4 lần giá trị bình thường).

3.3. Thể lâm sàng

3.3.1. Thể thủng bít

Ngay sau khi thủng, nhất là các trường hợp thủng nhỏ, xa bữa ăn, lỗ thủng được mạc nối lớn, ruột hoặc túi mật bịt lại. Bệnh nhân cũng có cơn đau bụng đột ngột, dữ dội trên rốn nhưng sau đó triệu chứng đau bụng giảm đi rất nhanh. Bệnh nhân chỉ cảm thấy đau nhẹ vùng trên rốn và dưới sườn phải, không có hội chứng nhiễm khuẩn. Khám bụng chỉ thấy phản ứng nhẹ, khu trú ở vùng trên rốn hoặc dưới sườn phải. Chụp X quang bụng không chuẩn bị thấy có liềm hơi thì chẩn đoán chắc chắn là có thủng dạ dày - tá tràng. Chụp cắt lớp vi tính có thể thấy có ít hơi tự do ở vùng rốn gan. Nếu không thấy có hơi tự do trong ổ bụng cũng cần cho bệnh nhân vào viện và theo dõi chặt chẽ.

Khi chẩn đoán là thủng dạ dày bít cũng cần phải mổ cấp cứu để xử lý lỗ thủng vì bệnh có thể diễn biến thành viêm phúc mạc toàn thể hoặc thành ổ áp xe trong ổ bụng.

3.3.2. Thủng ổ loét mặt sau

Trong trường hợp thủng ổ loét mặt sau bờ cong nhỏ, dịch dạ dày chảy và đọng lại ở hậu cung mạc nối. Chẩn đoán thường khó vì các triệu chứng không điển hình. Đau và phản ứng thành bụng thường khu trú ở trên rốn hoặc lệch sang trái. Chụp X quang bụng không chuẩn bị thường không phát hiện được hơi trong ổ bụng. Chụp cắt lớp vi tính có thể phát hiện được dịch và hơi ở hậu cung mạc nối.

Trong trường hợp loét mặt sau tá tràng thủng vào khoang sau phúc mạc, bệnh nhân có triệu chứng đau nửa bụng bên phải rất khó chẩn đoán và thường chẩn đoán muộn khi đã thành ổ áp xe sau phúc mạc. Chụp cắt lớp vi tính có thể phát hiện có dịch, khí hoặc khối áp xe khoang sau phúc mạc, trước thận.

3.3.3. Các thể lâm sàng khác

- Thể bán cấp: Triệu chứng đau và co cứng không điển hình, bệnh diễn biến chậm, từ từ.

- Thể tối cấp: Các triệu chứng cơ năng và toàn thân nặng. Sốc xuất hiện sớm và bệnh nhân thường chết sau 6-12 giờ.

- Thể lâm sàng giống như viêm ruột thừa: Lỗ thủng nhỏ, dịch dạ dày chảy vào ổ bụng ít và đọng lại ở hố chậu phải. Lúc đầu bệnh nhân đau trên rốn, sau đó khu trú ở hố chậu phải. Khám bụng thấy có đau và phản ứng ở hố chậu phải trong khi vùng trên rốn lại không đau hoặc đau ít. Bệnh nhân có thể có sốt nhẹ. Chẩn đoán thường nhầm với viêm ruột thừa cấp.

- Thủng kèm chảy máu tiêu hóa: Triệu chứng thủng dạ dày kèm theo triệu chứng chảy máu đường tiêu hóa cao như nôn ra máu, ỉa phân đen; toàn thân có dấu hiệu mất máu: niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là mổ cấp cứu lau rửa sạch ổ bụng và khâu lỗ thủng kết hợp với điều trị nội khoa căn nguyên bệnh loét bằng kháng sinh diệt trừ *Helicobacter pylori* + thuốc kháng H₂ hoặc thuốc ức chế bơm proton + thuốc bọc niêm mạc dạ dày. Điều trị phẫu thuật triệt căn (cắt dây X, nối vị tràng...) không còn được thực hiện một cách thường quy trong tình trạng cấp cứu mà chỉ được thực hiện trong một số chỉ định cụ thể.

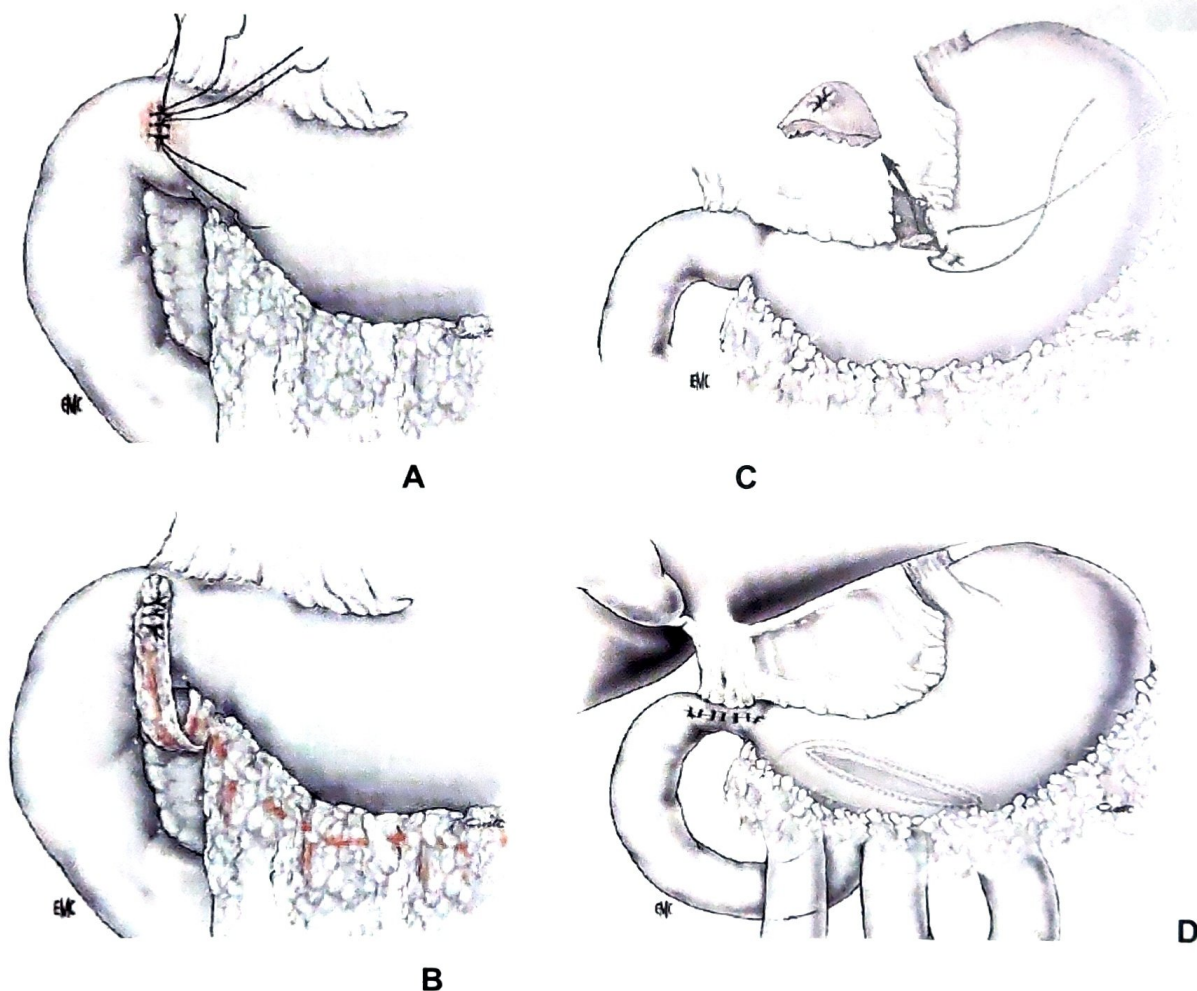
Phẫu thuật nội soi khâu thủng dạ dày - tá tràng có nhiều ưu điểm so với mổ mở nên ngày càng được áp dụng rộng rãi tại các cơ sở ngoại khoa. Phẫu thuật mổ mở được chỉ định trong trường hợp viêm phúc mạc muộn, bụng trương nhiều, sốc nặng, suy tim, suy hô hấp nặng

Điều trị không mổ bằng phương pháp hút liên tục theo phương pháp Taylor có tỉ lệ thất bại cao (16-28%), nhiều biến chứng (24-50%) và tử vong (5-8%) nên chỉ được thực hiện để chuẩn bị mổ hoặc trong khi chuyển bệnh nhân đến tuyến điều trị phẫu thuật.

4.2. Các phương pháp phẫu thuật

4.2.1. Khâu thủng

Đối với lỗ thủng nhỏ có thể khâu theo hình chữ X hoặc khâu bằng các mũi rời, theo chiều ngang của tá tràng với chỉ tiêu chậm, có thể khâu tăng cường bằng mạc nối lớn. Nếu ổ loét vùng môn vị đã làm hẹp môn vị thì phải cắt đáy ổ loét, tạo hình môn vị trước khi khâu hoặc khâu kết hợp với nối vị - tràng. Đối với các ổ loét dạ dày thủng, trước khi khâu, cần phải cắt ổ loét để làm giải phẫu bệnh một cách hệ thống để xác định là loét lành tính hay ung thư.



Hình 4. A: Khâu thủng hành tá tràng B: Khâu thủng, dính mạc nối;
C: Khâu thủng dạ dày; D: Khâu thủng + nối vị tràng.

4.2.2. Cắt dạ dày cấp cứu

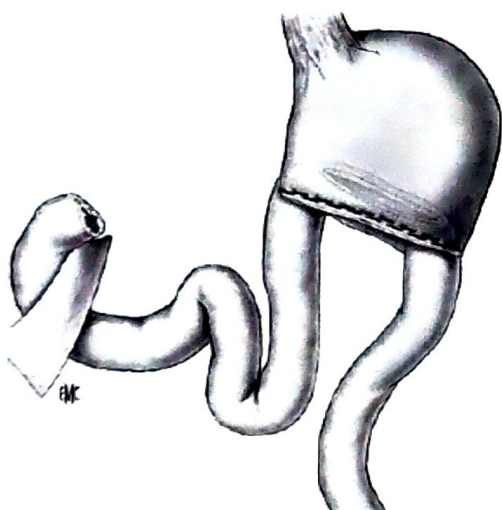
Cắt dạ dày cấp cứu bao gồm cắt 2/3 dạ dày hoặc cắt hang vị và cắt thân thân kinh X. Chỉ định cho các trường hợp ổ loét xơ chai, lỗ thủng lớn ở tá tràng, khâu khó khăn dễ bục; ổ loét thủng lần hai, ổ loét chảy máu hoặc có hẹp môn vị (hình 5). Tuy nhiên chỉ nên thực hiện ở những bệnh nhân đến sớm trước 12 giờ, chưa có viêm phúc mạc, tình trạng toàn thân tốt, trang thiết bị phẫu thuật tốt và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

4.2.3. Khâu lỗ thủng và cắt dây X

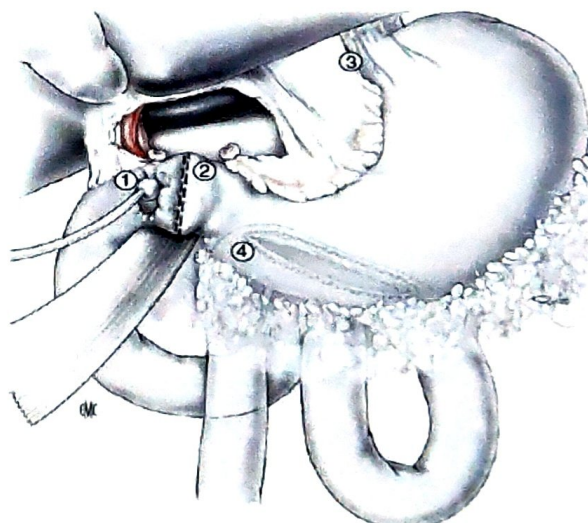
Cắt dây X giúp giảm tỉ lệ loét tái phát, có nhiều kỹ thuật cắt thần kinh X khác nhau như: cắt thần kinh X, cắt thần kinh X chọn lọc, cắt thần kinh X siêu chọn lọc, trong đó cắt dây X toàn bộ được áp dụng phổ biến hơn. Phẫu thuật cắt thần kinh X chỉ áp dụng cho các ổ loét hành - tá tràng thủng với điều kiện bệnh nhân đến sớm, chưa có viêm phúc mạc nhiễm khuẩn. Trong phẫu thuật cắt thần kinh X toàn bộ hoặc cắt thần kinh X chọn lọc kèm theo, cần phải tạo hình môn vị hoặc nối vị tràng.

4.2.4. Phương pháp dẫn lưu lỗ thủng (phẫu thuật Newmann)

Phương pháp dẫn lưu lỗ thủng là phương pháp dẫn lưu lỗ thủng ra ngoài chủ động bằng một ống thông Pezzer lớn. Phẫu thuật dẫn lưu có thể phối hợp với khâu kín môn vị, nối vị tràng và cắt thần kinh X (hình 6). Phẫu thuật được áp dụng trong các trường hợp lỗ thủng quá to, tổ chức xung quanh lỗ thủng mủn nát, khâu dễ bục, tình trạng bệnh nhân yếu hoặc viêm phúc mạc muộn không cho phép cắt dạ dày cấp cứu.



Hình 5. Cắt dạ dày



Hình 6. Khâu môn vị, nối vị - tràng, cắt TK X

4.2.5. Phương pháp hút liên tục

Phương pháp hút liên tục của Taylor chỉ định cho trường hợp bệnh nhân đến sớm trong vòng 6 giờ đầu, chưa có viêm phúc mạc, thủng xa bữa ăn, lượng dịch ổ bụng ít hoặc trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ tử vong cao nếu phẫu thuật và phải được theo dõi ở cơ sở ngoại khoa. Ưu điểm của phương pháp là tránh cho bệnh nhân phải phẫu thuật. Tuy nhiên phương pháp này cũng có nhiều nhược điểm là tỉ lệ thành công không cao, thời gian nằm viện kéo dài, làm tăng tỉ lệ tử vong nếu hút liên tục thất bại và bệnh nhân phải chuyển mổ cấp cứu.

Cách tiến hành: Cho thuốc giảm đau (morphin, dolargan...), kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, bồi phụ nước và điện giải. Đặt ống thông dạ dày to để lấy thức ăn sau đó thay bằng ống nhỏ, đặt qua mũi, hút liên tục hoặc hút ngắt quãng 10-15 phút một lần. Nếu có kết quả, vài ba giờ sau bệnh nhân đỡ đau, co cứng thành bụng giảm

dần, hơi và nước trong ổ bụng và dạ dày giảm đi. Tiếp tục hút cho tới khi nhu động ruột trở lại bình thường, thường là sau 3-4 ngày sau hút, hút 7-10 ngày tiếp theo. Nếu sau 4-6 giờ các triệu chứng không đỡ hoặc đau tăng thì phải chuyển mổ cấp cứu.

4.2.6. Đặt stent

Đặt stent phủ bằng kim loại có khả năng giãn nở kèm đặt dẫn lưu ổ bụng là một lựa chọn mới trong điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng. Đặt stent được chỉ định trong những trường hợp bệnh nhân già yếu, có nhiều bệnh lý phối hợp, tình trạng toàn thân nặng, phẫu thuật có nguy cơ tử vong cao hoặc trong trường hợp lỗ thủng lớn, khả năng khâu lỗ thủng khó khăn, cần phải thực hiện phẫu thuật cắt dạ dày nhưng không thực hiện được do nguy cơ biến chứng cao thì chỉ định đặt stent cũng được cân nhắc lựa chọn.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày giải phẫu bệnh thủng ổ loét dạ dày - tá tràng?

Câu 2. Hãy trình bày triệu chứng và chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày - tá tràng?

Câu 3. Hãy trình bày nguyên tắc và các phương pháp điều trị thủng ổ loét dạ dày tá tràng?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asley SW (1999) "Stomach - Principles of surgery". Seventh edition. *Mc Graw SJ p: 1181-1215.*
2. Katkhouda N (2010). "Gastric Surgery. In advanced laparoscopic surgery". Second edition. *Springer:p 101-115.*
3. Lau H (2004). "Laparoscopic repair of perforated ulcer". A meta-Analysis. *Surg. Endosc: 18: 1011-1021.*
4. Mutter D., Marescaux J (2007). "Traitement chirurgical des complications des ulcers gastroduodenaux". *EMC, techniques chirurgicales-Appareil digestif.*
5. Triboulet (2010). "Chirurgie du tube digestif haut". *Masson.*
6. Kin Tong Chung (2017). "Perforated peptic ulcer - an update" *World J Gastrointest Surg* 27; 9(1): 1-12.
7. Marietta J.O.E et al (2010). "Perforated Peptic Ulcer Disease: A Review of History and Treatment" *Dig Surg*; 27:161-169.

CHẤN THƯƠNG BỤNG

Trần Hiếu Học, Phạm Hoàng Hà

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các tổn thương giải phẫu bệnh trong chấn thương bụng.
2. Trình bày được cách khám và chẩn đoán hội chứng chảy máu trong ổ bụng và hội chứng viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị chấn thương bụng.

NỘI DUNG

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng là những chấn thương gây tổn thương từ thành bụng đến các tạng trong ổ bụng nhưng không làm ổ bụng thông với môi trường bên ngoài.

Đây là cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm 10-13% tổng số mổ cấp cứu do nguyên nhân chấn thương nói chung, thường liên quan tới tai nạn giao thông, lao động và sinh hoạt.

Cơ chế chấn thương: Có thể do va đập trực tiếp như bị đâm, bị đá... gây tổn thương tạng khu trú nơi bị lực tác động trực tiếp, hoặc có thể do bị đè ép như bị sập nhà, xe đè qua bụng với tổn thương nặng và phức tạp. Cơ chế giằng xé do gia tốc lớn sau di chuyển tốc độ cao: tai nạn xe đường cao tốc, ngã cao... thường gây nhiều tổn thương phối hợp và nặng.

Chẩn đoán chấn thương bụng chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng và các thăm dò cận lâm sàng. Do đặc điểm lâm sàng rất đa dạng, phức tạp nên chẩn đoán và xử trí các tổn thương trong ổ bụng hiện còn rất nhiều khó khăn. Tỷ lệ tử vong trung bình là 10%. Đối với bệnh nhân đa chấn thương, tỷ lệ này có thể lên tới 25%.

Chấn thương bụng có thể đi kèm các tổn thương khác như chấn thương sọ não, chấn thương ngực, gãy xương, ... nên cần thăm khám toàn diện để tránh bỏ sót tổn thương trong chẩn đoán và xử trí phẫu thuật.

Trong thực hành cấp cứu chấn thương bụng cần xác định được những chỉ định điều trị phẫu thuật. Nhiều khi phải thăm khám bệnh nhân nhiều lần, theo dõi chặt chẽ mới có được chỉ định điều trị phẫu thuật chính xác.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Thành bụng

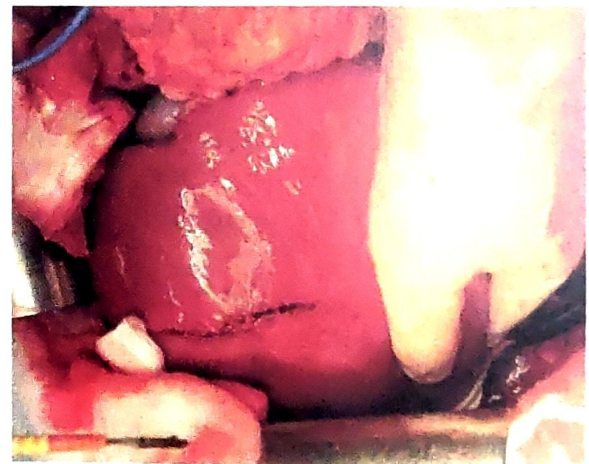
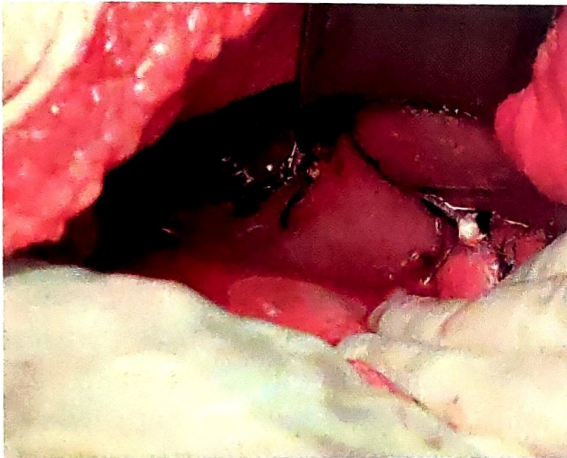
Nhẹ là bầm tím, xây xát da, sưng nề do đụng dập, nặng hơn là tụ máu thành bụng, tổn thương các cơ thành bụng gây nguy cơ sa lồi thành bụng sau chấn thương.

2.2. Các tạng trong ổ bụng

- Tạng đặc: Các mức độ tổn thương từ nhẹ đến nặng là rạn, nứt, vỡ, dập. Có hai hình thái lâm sàng do tổn thương tạng đặc:

- + Chảy máu ngập ổ bụng có thể ào ạt dữ dội hay từ từ tùy theo mức độ vỡ.
- + Nếu dập vỡ nhu mô nhưng bao của tạng không rách sẽ gây tụ máu dưới bao hoặc tụ máu trong nhu mô và khối máu tụ có thể vỡ vào ổ bụng gây chảy máu thì 2.

Đồng thời, có thể kèm theo tổn thương cuống mạch (gây chảy máu trong ổ bụng) hoặc đường bài xuất của tạng đó như đường mật, ống tụy, đài bể thận (gây viêm phúc mạc).



Hình 1. Vỡ gan, chảy máu trong ổ bụng

- Tạng rỗng: Các tạng rỗng có thể bị thủng, vỡ thậm chí bị đứt đoạn gây viêm phúc mạc nhưng cũng có khi bị dập vỡ không hoàn toàn, một vài ngày sau chỗ đụng dập bị hoại tử gây viêm phúc mạc do thủng thứ phát hoặc được các tạng bao bọc tạo thành khối dính, ổ áp xe.

- Mạch treo, mạch nối, mạch máu: Có thể bị đụng dập, máu tụ hoặc bị đứt, rách và gây thiếu máu phần tạng tương ứng. Cơ hoành có thể bị rách, vỡ gây thoát vị hoành.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Hỏi bệnh

- Hỏi nguyên nhân chấn thương (do va đập hay do đè ép) để dự đoán nguy cơ tạng nào bị tổn thương, thời gian xảy ra tai nạn.

- Tiền sử bệnh lý: Những tạng đặc có kích thước to hơn bình thường, đang có thương tổn bệnh lý (tạng có khối u, thận có sỏi...) thì nguy cơ dễ vỡ hơn.

- Bệnh nhân mới ăn hoặc có tình trạng bàng quang căng trước khi bị chấn thương thì rất dễ bị vỡ, khi ở tình trạng xẹp tạng rỗng sẽ ít bị tổn thương hơn.

3.2. Khám bệnh

- Toàn thân: Xác định ngay những tình trạng nguy hiểm để xử trí kịp thời.
- + Tình trạng sốc: huyết áp tụt, da nhợt, lạnh...
- + Tình trạng suy hô hấp: tím tái, thở nhanh, khó thở, co kéo cơ hô hấp.
- + Chấn thương cột sống: đau cột sống, liệt chi, mất cảm giác.
- + Gãy xương chi: biến dạng chi, mất vận động...

Nếu có thì phải tiến hành hồi sức và xử trí tạm thời ngay các thương tổn đó, vừa hồi sức vừa tiến hành thăm khám để xác định chấn đoán và chọn lựa phương pháp xử lý.

- Khám bụng:

- + Nhìn: Tìm các vết xây xước, bầm tím trên da bụng, quan sát sự di động của thành bụng.
- + Sờ: Tìm các vị trí đau, phát hiện các dấu hiệu phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, co cứng thành bụng, tạng to (tụ máu dưới bao), cầu bàng quang (chấn thương niệu đạo).
- + Gõ: Tìm dấu hiệu đục vùng thấp (máu, dịch tiêu hóa) hoặc mất vùng đục trước gan (có khí trong ổ bụng).
- + Thăm trực tràng - âm đạo: Tìm dấu hiệu túi cùng Douglas phồng và đau.
- Thăm khám toàn diện các bộ phận khác để phát hiện những tổn thương phối hợp (sọ não, cột sống, lồng ngực, xương chậu, chi).

3.3. Chẩn đoán

Tổn thương các tạng trong chấn thương bụng có thể là tạng đặc hoặc tạng rỗng, gây ra hai hội chứng tương ứng: hội chứng chảy máu trong ổ bụng và hội chứng viêm phúc mạc.

3.3.1. Hội chứng chảy máu trong ổ bụng

3.3.1.1. Triệu chứng lâm sàng

- *Triệu chứng cơ năng:*

- + Đau bụng: Thường đau liên tục, lúc đầu đau tại vị trí tạng tổn thương, sau lan ra khắp bụng, đau tăng dần.
- + Dấu hiệu liệt ruột: Nôn hoặc buồn nôn, bí trung đại tiện thường xuất hiện muộn sau tai nạn.
- + Khó thở: Có thể thấy do đau, do bụng trương, do mất máu.
- *Toàn thân:* Thường có tình trạng sốc với mức độ khác nhau tùy theo lượng máu chảy vào ổ bụng. Biểu hiện là mạch nhanh, huyết áp hạ, da xanh, niêm mạc nhợt, bệnh nhân hốt hoảng, lo âu, vã mồ hôi.

- *Triệu chứng thực thể:*

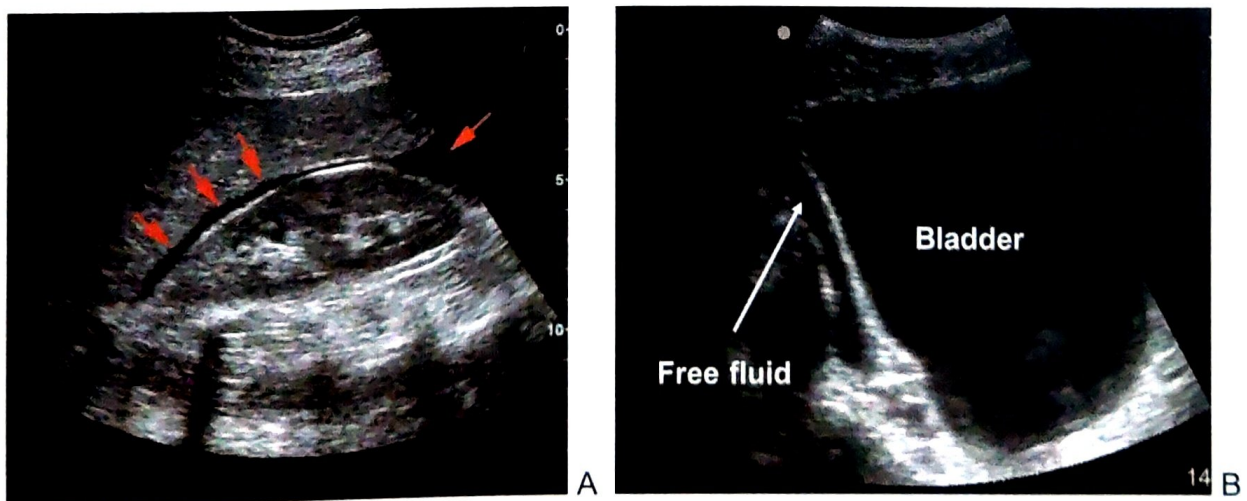
- + Bụng trương đều và toàn bộ, từ từ tăng dần, mức độ nhiều ít tùy thuộc lượng máu trong ổ bụng và thời gian tiến triển.
- + Cảm ứng phúc mạc hoặc phản ứng thành bụng: Là dấu hiệu rõ nhất trong hội chứng chảy máu trong ổ bụng, vị trí rõ nhất ở vùng tương ứng tạng bị tổn thương.
- + Gõ đục vùng thấp.
- + Có thể sờ thấy một khối căng đau ở mạng sườn, to dần lên (chấn thương thận).
- + Thăm âm đạo - trực tràng: Túi cùng Douglas phồng, đau.

3.3.1.2. Cận lâm sàng

- *Xét nghiệm máu:* Hồng cầu giảm, huyết sắc tố giảm, hematocrit giảm, mức độ giảm nhiều hay ít tùy lượng máu chảy trong ổ bụng.

- *Siêu âm:* Là một thăm dò không xâm lấn, không nguy hiểm cho bệnh nhân, dễ thực hiện, dễ phổ cập và giá trị chẩn đoán cao, hơn nữa có thể làm đi làm lại nhiều lần và có thể thực hiện ngay tại giường kể cả khi bệnh nhân có huyết động không ổn định. Siêu âm không những cho ta thấy dấu hiệu có dịch trong bụng mà còn có thể thấy hình tổn thương tạng, thấy đường vỡ, thấy khối máu tụ. Siêu âm không phát hiện được tổn thương tạng rỗng và khó xác định tổn thương tụy.

Tuy nhiên siêu âm cũng có những hạn chế: Khi thành bụng dày nhiều mỡ, khi các quai ruột giãn do trướng hơi nhiều và phụ thuộc và kinh nghiệm của người làm siêu âm. Hiện nay sử dụng siêu âm có trọng điểm trong chấn thương (FAST - Focused Assessment with Sonography for Trauma) giúp phát hiện nhanh, sớm dịch trong ổ bụng và dịch màng ngoài tim qua khảo sát bốn vùng: dưới mũi ức (tìm dịch màng tim), dưới sườn phải (dịch khoang gan thận), dưới sườn trái (dịch quanh lách) và trên xương mu (dịch Douglas) (Hình 2). Ngoài ra có thể thực hiện siêu âm có trọng điểm mở rộng (eFAST-extended FAST) để đánh giá thêm tình trạng tràn máu và tràn khí màng phổi.



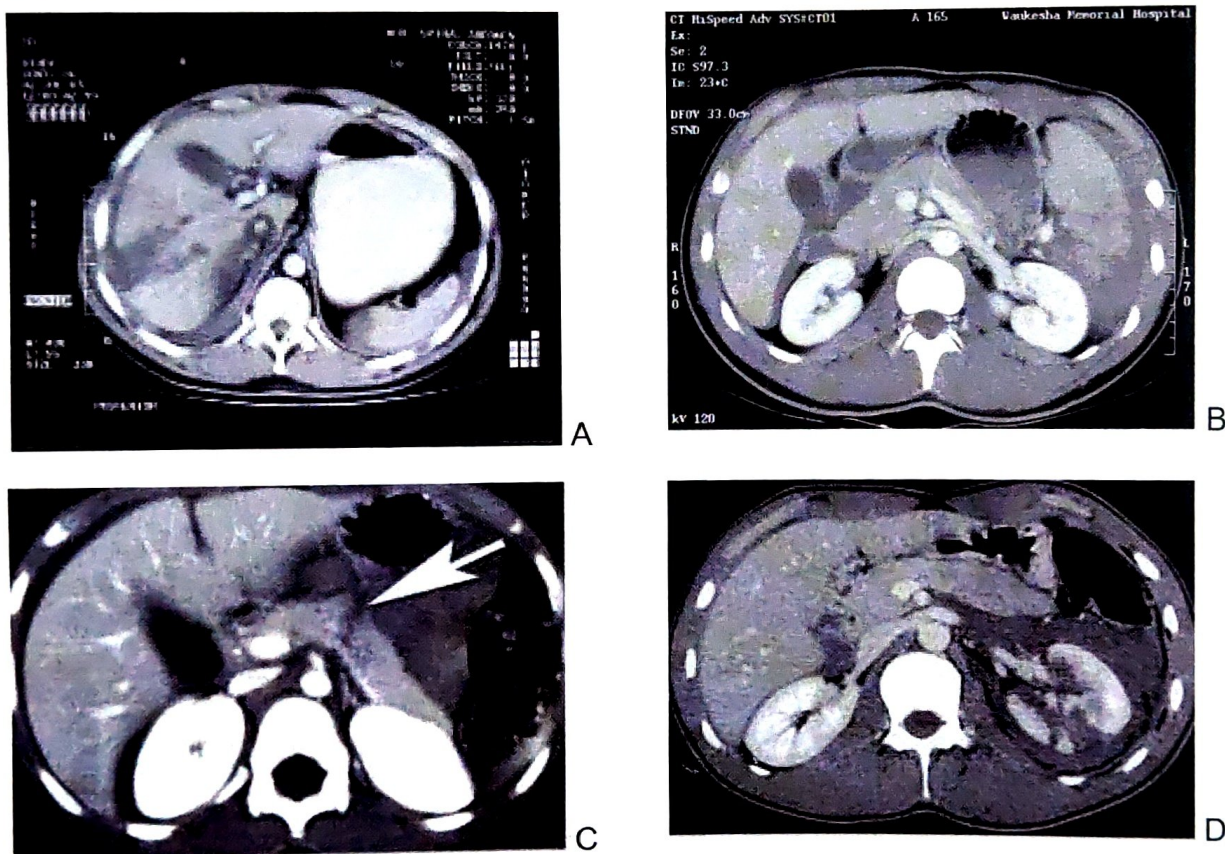
Hình 2. Hình ảnh dịch ổ bụng trên siêu âm.

A. Khoang gan thận (Morrison); B. Túi cùng Douglas

- *X quang bụng không chuẩn bị*: Có thể thấy ổ bụng mờ, thành ruột dày, các quai ruột giãn hơi, hình ảnh võ cơ hoành, tổn thương cột sống, khoang màng phổi. Chỉ chụp X quang bụng khi huyết động ổn định. Ngày nay X quang bụng ít được sử dụng vì giá trị chẩn đoán không cao mà muốn thực hiện phải vận chuyển bệnh nhân, thường phải chụp ở tư thế đứng, có thể gây nguy hiểm thêm cho bệnh nhân.

- *Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng*:

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch là phương pháp có giá trị nhất trong chẩn đoán hội chứng chảy máu trong ổ bụng. Phương pháp này giúp xác định chính xác tổn thương nhu mô, các đường vỡ tạng đặc (Hình 3), khối tụ máu, hình ảnh chèn ép và có dịch trong bụng, ngoài ra khi võ cơ hoành có thể thấy rõ các tạng trên lồng ngực.



Hình 3. Chụp CLVT ổ bụng: A- võ gan; B- Vỡ lách; C- Vỡ tụy; D- Vỡ thận

Trên chụp CLVT có tiêm thuốc cho phép đánh giá các tổn thương vẫn tiếp tục chảy máu hay đã ngừng chảy, thông tin này rất có giá trị trong việc chọn lựa phương pháp điều trị. Tuy nhiên, hạn chế của biện pháp thăm dò này là yêu cầu bệnh nhân phải trong tình trạng huyết động ổn định.

- *Chọc dò ổ bụng*: Là phương pháp xác định nhanh chảy máu trong ổ bụng, áp dụng khi lượng máu chảy nhiều ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân.

Kỹ thuật: Dùng bơm kim tiêm chọc qua thành bụng ở hố chậu hai bên (vị trí gõ đục), nếu hút ra máu không đông chứng tỏ có chảy máu trong ổ bụng.

Chọc dò ổ bụng có độ âm tính giả cao, độ chính xác phụ thuộc vào lượng máu trong ổ bụng, khi dưới 500 ml thì chọc dò ổ bụng khó phát hiện. Vì vậy, không chẩn đoán sớm các thương tổn trong ổ bụng đặc biệt là trong vỡ tạng rỗng. Hơn nữa, sau khi chọc dò âm tính cũng không thể loại trừ có tổn thương tạng hay không và khi đó việc thăm khám lâm sàng rất khó khăn vì không phân biệt được phản ứng thành bụng do tổn thương hay do chọc dò.

- *Chọc rửa ổ bụng*: Dụng cụ chọc rửa gồm có một trocar nhỏ, đầu nhọn, có đường kính nòng 1,5 mm và một ống thông có kích thước lớn hơn đủ để luồn trocar, trên đầu ống thông có nhiều lỗ bên nhỏ và trên thân có những vạch đánh dấu chiều dài. Mở một lỗ nhỏ ở đường trắng giữa sát rốn, luồn ống thông vào ổ bụng, hướng về phía túi cùng Douglas, nếu không hút ra máu thì truyền qua ống thông 1000 ml dung dịch huyết thanh mặn đẳng trương, thay đổi tư thế bệnh nhân để dịch lưu thông đều trong ổ bụng sau đó đặt chai truyền xuống đất, dịch tự chảy ra và nhận định kết quả:

+ Chọc rửa dương tính khi:

- Hút được dịch máu hoặc dịch tiêu hóa qua ống thông.
- Định lượng thấy hồng cầu $> 100.000/\text{mm}^3$, bạch cầu $> 500/\text{mm}^3$.

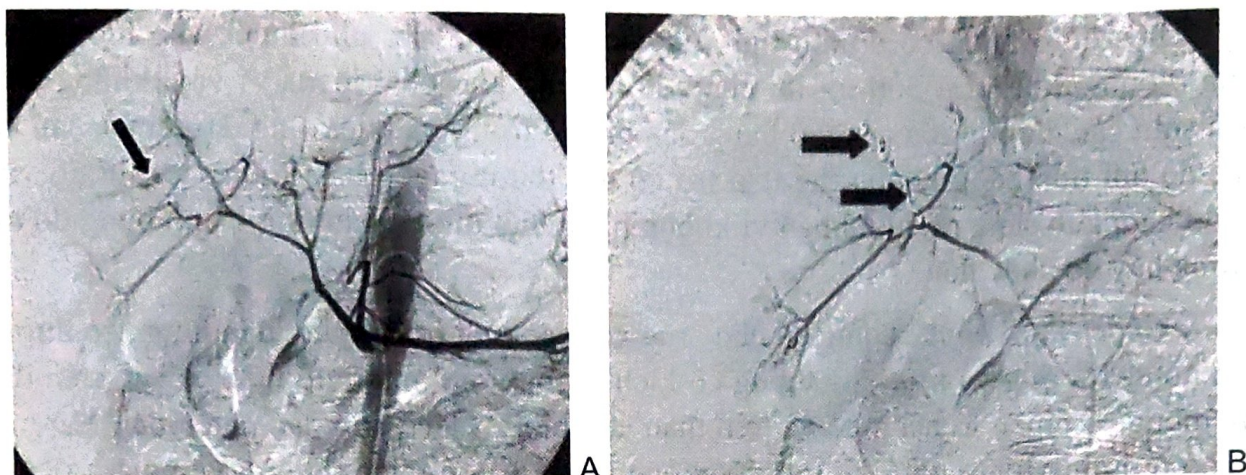
+ Chọc rửa âm tính khi:

- Dịch rửa trong.
- Dịch rửa có màu hồng, nhưng định lượng thấy hồng cầu $< 50.000/\text{mm}^3$, bạch cầu $< 100/\text{mm}^3$.
- Trường hợp dịch rửa có màu hồng mà số lượng hồng cầu từ $50.000-100.000/\text{mm}^3$ và lượng bạch cầu từ $100-500/\text{mm}^3$ thì lưu ống thông và tiến hành rửa lại sau 2 giờ.

Chọc rửa ổ bụng có hiệu quả chẩn đoán tổn thương tạng với độ chính xác cao, nên cần được phổ biến và thực hiện rộng rãi trong cấp cứu chấn thương bụng, nhất là đa chấn thương.

- *Chụp động mạch*:

Đây là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có xâm lấn, vừa có giá trị chẩn đoán, vừa có vai trò trong điều trị chảy máu. Kỹ thuật này thường được chỉ định trong trường hợp chảy máu do vỡ tạng đặc, vỡ khối u khi nghi ngờ có tổn thương chảy máu từ nhánh động mạch được phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang trước đó. Bệnh nhân sẽ được chụp chọn lọc động mạch thân tạng hoặc động mạch mạc treo tràng trên (hình 4-A), khi phát hiện ổ thoát thuốc có thể tiến hành nút động mạch bằng các vật liệu nút mạch để cầm máu tổn thương (hình 4- B).



Hình 4. Hình ảnh tổn thương nhánh của động mạch gan phải (mũi tên hình A) và sau nút mạch (mũi tên hình B)

- Nội soi ổ bụng:

Trước đây nội soi ổ bụng chỉ đơn thuần để chẩn đoán, nhưng hiện nay với phẫu thuật nội soi thì đây còn là một biện pháp có thể điều trị trong một số trường hợp. Nội soi ổ bụng chỉ định khi:

- Siêu âm nghi ngờ có tổn thương tạng.
- Có máu trong ổ bụng nhưng huyết động ổn định.

Tiến hành như một phẫu thuật: phải gây mê nội khí quản, khi đưa ống soi vào quan sát nếu có nhiều máu, dịch phải hút sạch, nhận định tổn thương để quyết định bảo tồn hay phẫu thuật, có thể cầm máu bằng đốt điện hay khâu...

3.3.2. Hội chứng viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng

3.3.2.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng

+ Đau khắp bụng liên tục ngày càng tăng, bệnh nhân thường nằm im không dám thay đổi tư thế.

+ Nôn, bí trung đại tiện rõ.

- Toàn thân:

+ Hội chứng nhiễm trùng: sốt 38-39⁰, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.

+ Bệnh nhân đến muộn có thể thấy mạch nhanh, huyết áp giảm, đái ít, thở nhanh nông...

- Triệu chứng thực thể:

+ Bụng chướng đều toàn bộ, chủ yếu trương hơi.

+ Gõ đục vùng thấp thể hiện trong ổ bụng có dịch và có thể thấy mất vùng đục trước gan (khi bụng trương không nhiều thì mới có giá trị).

+ Có dấu hiệu phản ứng thành bụng, nhất là có co cứng thành bụng và có cảm ứng phúc mạc.

+ Thăm âm đạo - trực tràng: Túi cùng Douglas phồng, đau.

3.3.2.2. Cận lâm sàng

- *Xét nghiệm máu* cho thấy bạch cầu tăng, chủ yếu loại đa nhân trung tính, máu lắng tăng.

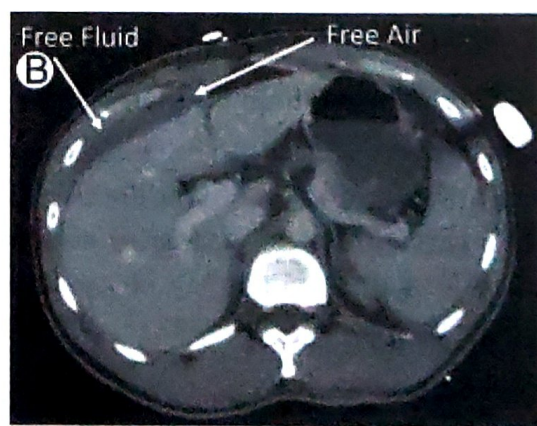
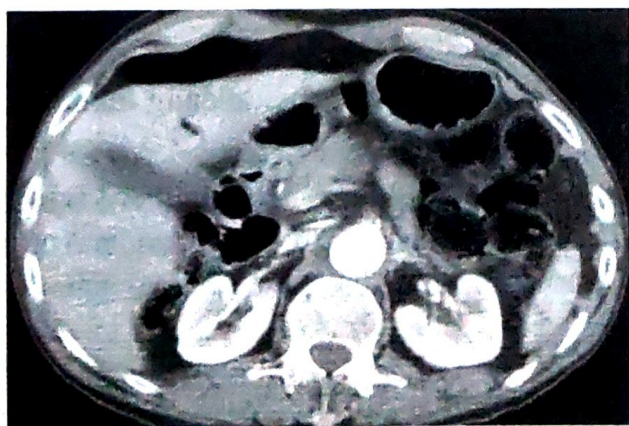
- *X quang bụng không chuẩn bị (tư thế đứng)*: Hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành gặp ở khoảng 80% các trường hợp (hình 5), hình ảnh hơi sau phúc mạc trong trường hợp vỡ tá tràng, hình ảnh có dịch trong ổ bụng (ổ bụng mờ, thành ruột dày).



Hình 5. Hình ảnh liềm hơi dưới hoành hai bên

- *Siêu âm bụng*: Trong tổn thương tạng rỗng ít giá trị hơn so với X quang. Hình ảnh thấy được là có dịch trong ổ bụng.

- *Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng*: Phát hiện được có khí, dịch trong ổ bụng, dày thành tạng bị tổn thương.



Hình 6. Phim CLVT ổ bụng: khí mặt trên gan (A) và dịch - khí (B)

- *Chọc rửa ổ bụng*: Hút ra dịch tiêu hóa hoặc xét nghiệm dịch rửa có trên 500 bạch cầu trong 1 ml.

- *Nội soi ổ bụng*:

Cũng tương tự như trong hội chứng chảy máu trong ổ bụng, phẫu thuật nội soi ứng dụng trong chẩn đoán và điều trị các thương tổn tạng rỗng trong chấn thương bụng kín ngày càng được phổ biến. Bên cạnh việc xác định chẩn đoán, phẫu thuật nội soi có thể xử lý được những tổn thương không quá phức tạp của các tạng rỗng.

4. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị phẫu thuật

Chấn thương bụng là một cấp cứu trong ngoại khoa cần đồng thời hồi sức, xác định tổn thương và điều trị phẫu thuật.

4.1.1. Hồi sức cấp cứu

- Đặt một hoặc nhiều đường truyền để truyền máu và các chất thay thế máu dựa theo huyết áp động mạch và áp lực tĩnh mạch trung ương.

- Cho bệnh nhân thở ô xy hoặc đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ, nhưng phải chú ý dẫn lưu màng phổi trước nếu có tình trạng tràn khí tràn máu màng phổi.

- Đặt ống thông dạ dày.

- Đặt thông đái theo dõi màu sắc, số lượng nước tiểu.

- Cho kháng sinh dự phòng.

- Trường hợp chảy máu trong nặng thì vừa mổ vừa hồi sức.

4.1.2. Chỉ định điều trị phẫu thuật

- Hội chứng chảy máu trong ổ bụng nặng (có sốc mất máu). Hiện nay, chụp cắt lớp vi tính bụng giúp chẩn đoán rõ mức độ tổn thương từng tạng đặc, từ đó có thể tiên lượng điều trị bảo tồn hay điều trị phẫu thuật.

- Hội chứng viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng.

4.1.3. Phẫu thuật

- Gây mê toàn thân có giãn cơ cho thành bụng mềm để có thể dễ dàng thăm dò và xử lý các tổn thương.

- Đường mổ: Đường mổ giữa trên và dưới rốn cho phép thăm dò toàn diện ổ bụng và khi cần có thể mở ngang. Trong trường hợp xác định chắc chắn tổn thương trước mổ có thể sử dụng đường mổ riêng biệt, thí dụ như đường mổ dưới sườn phải, như trong vỡ gan.

- Thăm dò ổ bụng:

+ Ngay khi vào ổ bụng cần xác định số lượng máu trong ổ bụng và vị trí chảy máu. Nếu chắc chắn chỉ có tổn thương gây chảy máu, không có tổn thương tạng rỗng, thời gian tai nạn dưới 6 tiếng thì có thể lấy máu truyền lại.

+ Cầm máu tạm thời bằng cách cặp các cuống mạch hoặc chèn gạc.

+ Xác định ngay các tổn thương chính, các thương tổn phối hợp, vị trí, hướng đi của tác nhân gây tổn thương.

+ Phải thăm dò toàn diện để đánh giá đầy đủ tổn thương trước khi xử trí. Trong trường hợp nghi ngờ có máu tụ sau phúc mạc, có hơi hoặc dịch mật xanh sau phúc mạc, phải bóc tách khỏi tá vảy hoặc mạc Told để phát hiện các tổn thương ở thành sau của tá tràng, đại tràng.

+ Chú ý các thương tổn ít gặp như vỡ cơ hoành, vỡ bàng quang ngoài phúc mạc...

- Xử lý cụ thể tùy theo tổn thương từng tạng.

+ Dạ dày: Hầu hết các thương tổn đều có thể khâu đơn thuần sau khi làm sạch dạ dày. Cắt dạ dày khi đụng dập nặng và rộng, không bảo tồn được.

+ Ruột non: Đối với các lỗ thủng nhỏ, gọn thì khâu đơn thuần còn với các tổn thương lớn hoặc nhiều tổn thương khu trú ở một đoạn thì cắt đoạn và nối lại.

+ Đại tràng: Về nguyên tắc không khâu kín đơn thuần mà phải kết hợp khâu vết thương và làm hậu môn nhân tạo phía thượng lưu hoặc đưa đoạn ruột bị tổn thương ra ngoài rồi xử lý tiếp ở thì sau.

+ Bàng quang: Dù vỡ trong hay ngoài phúc mạc thì cũng khâu và dẫn lưu bàng quang.

+ Đường mật: Ít khi bị tổn thương, tuy nhiên nếu có thì cũng xử lý bằng cách khâu và dẫn lưu.

+ Gan: Tổn thương nhỏ có thể cầm máu bằng đốt điện hoặc khâu cầm máu gan, chú ý đường khâu phải tới đáy vết thương tránh để lại khoảng chết dẫn tới tụ máu sau khâu. Đối với những vết thương lớn không thể khâu tới đáy được thì có thể cầm máu diện vớ và để ngỏ vết thương. Khi cầm máu khó khăn hoặc với vết thương ở vị trí khó khâu thì có thể dùng các chất xốp cầm máu (spongel) hoặc chèn gạc rồi rút dần sau 48 - 72 giờ. Có thể kết hợp thêm động tác thắt động mạch gan để làm giảm nguy cơ chảy máu. Nếu gan bị dập nát nhưng khu trú thì có thể tiến hành cắt gan từng phân thùy, hạ phân thùy tùy tổn thương (cắt gan điển hình) hoặc cắt tổn thương tới phần nhu mô lành để cầm máu (cắt gan không điển hình).

+ Lách: Có thể đốt điện, khâu cầm máu để bảo tồn lách giống như đối với gan hoặc có thể cắt một phần hay toàn bộ tùy mức độ tổn thương nhu mô lách.

+ Tụy: Nếu tụy bị đụng dập nhu mô nhẹ và không có tổn thương ống tụy thì chỉ cần cầm máu và đặt dẫn lưu cạnh vùng đụng dập. Với những tổn thương không bảo tồn được thì phải cắt tụy tùy theo vị trí tổn thương: cắt khối tá - tụy với tổn thương đầu tụy, cắt đuôi tụy (có hoặc không kèm cắt lách) nếu thương tổn vùng đuôi, đóng đầu gần và nối đầu xa với ống tiêu hóa (dạ dày hoặc ruột) nếu tổn thương đứt đôi vùng thân tụy.

+ Thận: Bảo tồn là chính nếu có thể được. Khi không bảo tồn được thì có thể cắt một phần hay toàn bộ tùy mức độ tổn thương.

4.2. Điều trị bảo tồn

Điều trị bảo tồn chỉ được chỉ định cho tổn thương tạng đặc với điều kiện tình trạng toàn thân ổn định, không có tổn thương đường bài xuất, tình trạng bụng không nhiều dịch và không đau tăng và hơn nữa phải ở cơ sở có phòng mổ.

Việc điều trị chủ yếu là bất động, có thể cho kháng sinh, nếu truyền dịch thì chỉ ở mức duy trì không làm tăng huyết áp và nhất là cần theo dõi sát. Nếu có dấu hiệu tiến triển không tốt như đau bụng tăng, mạch nhanh, huyết động không ổn định và thăm dò hình ảnh thấy dịch ổ bụng tăng lên thì phải xét đến khả năng phẫu thuật.

4.3. Điều trị can thiệp mạch

Điều trị can thiệp mạch với mục đích cầm máu, vì vậy cũng chỉ định cho tổn thương tạng đặc khi tình trạng toàn thân cho phép. Dựa vào chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc thấy có thoát thuốc, sẽ sử dụng chụp mạch (kỹ thuật số hoá xoá nền) để xác định mạch bị tổn thương gây chảy máu rồi nút cầm máu bằng các vật liệu như Spongel, PVA, keo Histoaryl, Coil. Ưu điểm chính là thực hiện khá nhanh, gọn, cầm máu ngay, ít đau đớn, hồi phục nhanh và tránh được một phẫu thuật.

4.4. Theo dõi

- Với những trường hợp không có chỉ định điều trị phẫu thuật ngay (vỡ tạng đặc mức độ nhẹ) thì phải theo dõi chặt chẽ bằng lâm sàng (khám đi khám lại nhiều lần) và cận lâm sàng. Khi thấy các biểu hiện mất máu tăng dần thì phải điều trị phẫu thuật.

- Những trường hợp đựng dập nhu mô gây chảy máu nhưng bao của tạng không bị rách sẽ dẫn tới tụ máu dưới bao cần phải theo dõi nhiều ngày để phát hiện nguy cơ chảy máu thì hai do vỡ máu tụ.

- Trường hợp đựng dập tạng rộng nhưng chưa thủng hẳn cũng cần theo dõi vì có thể bị hoại tử chậm dẫn tới viêm phúc mạc trong những ngày sau.

KẾT LUẬN

Chấn thương bụng kín là loại chấn thương thường gặp nhiều trong điều kiện nước ta hiện nay. Vấn đề quan trọng nhất trong chấn thương bụng là chẩn đoán để xác định trường hợp nào phải phẫu thuật và trường hợp nào không phải phẫu thuật. Tỷ lệ phải điều trị phẫu thuật không nhiều và có xu hướng giảm đi nhờ tiến bộ của điện quang ứng dụng trong chẩn đoán và can thiệp. Cần có thái độ xử trí nhanh chóng, thích hợp cho từng tình huống một cách hợp lý luôn là điều cần thiết.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày các tổn thương giải phẫu bệnh trong chấn thương bụng?

Câu 2. Hãy trình bày cách khám và chẩn đoán hội chứng chảy máu trong ổ bụng và hội chứng viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng?

Câu 3. Hãy trình bày nguyên tắc điều trị chấn thương bụng?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Charles Brunicaardi F., Dna K. Andersen, Timothy R. Billiar, David L. Dunn, John G. Hunter, Raphael E. Pollock. (2006) Trauma. Schwartzs manual of surgery, eighth edition, p. 97-137. *McGraw-Hill Companies, Medical Publishing Division, United States of America.*
2. Juan A. Asensio, and Donald D. Trunkey. (2008) Current Therapy of Trauma and Surgical Critical Care. *Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.*
3. Judith E. Tintinalli, J. Stephan Stapczynski, David M. Cline, O. John Ma, Rita K. Cydulka, and Garth D. Meckler. (2011) Abdominal trauma. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, seventh edition. *The McGraw-Hill Companies, Inc, China.*
4. Moshe Schein, Paul N. Rogers. (2005) Blunt Abdominal Trauma. Scheins Common Sense Emergency Abdominal Surgery, Second edition. *Springer-Verlag Berlin Heidelberg.*
5. Morris, Peter J.; Wood, William C. (2000) The abdomen section. Oxford Textbook of Surgery, 2nd edition. *Oxford University Press.*
6. Peter F. Mahoney, James M. Ryan, Adam J. Brooks and William Schwab C. (2005) Abdomen and pelvis. Ballistic Trauma: A practical guide, Second Edition. *Springer-Verlag London Limited.*
7. Sabiston, David C., Townsend, Courtney M. (2012) Management of acute trauma. Townsend: Sabiston Textbook of Surgery, 19th ed. *Saunders, An Imprint of Elsevier.*

VẾT THƯƠNG BỤNG

Trần Hiếu Học, Phạm Hoàng Hà

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các tổn thương giải phẫu bệnh của vết thương bụng.
2. Trình bày được các triệu chứng để chẩn đoán vết thương bụng.
3. Trình bày được nguyên tắc sơ cứu và điều trị phẫu thuật vết thương bụng.

Lưu ý: Bài viết về Vết thương bụng sẽ có nhiều điểm, nhiều phần giống với Chấn thương bụng, cần tham khảo thêm bài viết Chấn thương bụng.

NỘI DUNG

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

- Vết thương thấu bụng là vết thương gây tổn thương các lớp của thành bụng, có rách phúc mạc khiến ổ bụng thông với môi trường ngoài. Nếu vết thương không gây rách lá phúc mạc thì gọi là vết thương thành bụng. Vết thương thành bụng chỉ là vết thương phần mềm nhưng nhiều khi khó phân biệt với vết thương bụng.

- Cần chú ý vết thương bụng khi lỗ vào không ở trên thành bụng như vết thương ngực - bụng, vết thương tầng sinh môn - bụng. Vết thương do hỏa khí thường phức tạp và nặng hơn vết thương do bạch khí.

- Về nguyên tắc điều trị vết thương bụng là phẫu thuật, tuy nhiên ngày nay nhờ các tiến bộ trong chẩn đoán mà tỷ lệ điều trị không mổ vết thương bụng ngày càng tăng.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Tác nhân gây tổn thương

Có hai loại tác nhân gây vết thương bụng với mức độ tổn thương khác nhau:

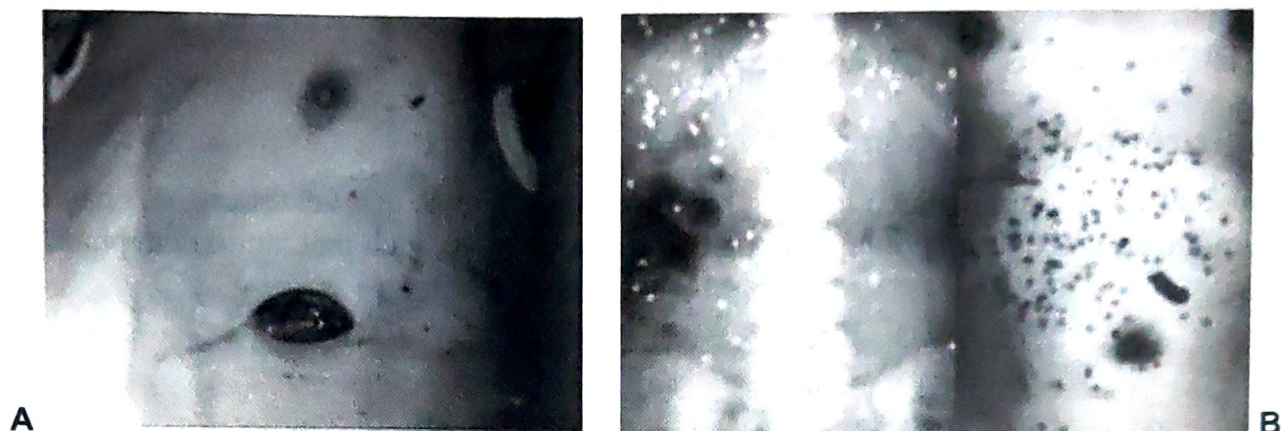
- Vết thương do bạch khí (vật sắc nhọn đâm): Vết thương gọn, thường chỉ có lỗ vào và dễ định hướng tổn thương.

- Vết thương do hỏa khí: Thường nhiều tạng bị tổn thương, phức tạp và khó đánh giá.

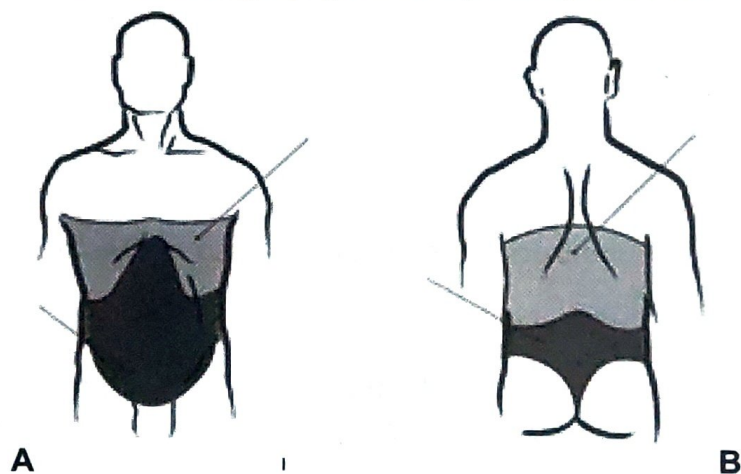
2.2. Mức độ tổn thương

- Tổn thương thành bụng: Tổn thương gây rách da, lớp dưới da đến lớp cơ và rách lá phúc mạc thành. Vị trí tổn thương thành bụng được chia thành ba vùng: thành bụng trước (từ mũi ức đến xương mu, nằm trong giới hạn của hai

đường nách trước); vùng lưng (từ bờ dưới sườn hai bên đến mào chậu, nằm giữa hai đường nách trước); Vùng ngực bụng (từ núm vú hai bên đến bờ dưới sườn hai bên).



Hình 1. Vết thương bụng: A: do bạch khí; B: Do hỏa khí



Hình 2. Phân loại tổn thương thành bụng.

A: thành bụng trước: chia hai vùng: vùng ngực bụng (trên), vùng bụng trước (dưới);
B: thành bụng sau: chia hai vùng: vùng ngực bụng (trên), vùng lưng (dưới)

- Tổn thương các tạng trong ổ bụng:

+ Dạ dày, ruột có thể bị thủng một hay nhiều lỗ, lỗ thủng to hay nhỏ tùy theo tác nhân.

+ Tá tràng và đại tràng, trực tràng có thể bị thủng trong hay ngoài phúc mạc, tổn thương ngoài phúc mạc khó chẩn đoán, dễ bỏ sót khi vết thương từ phía sau vào qua khối cơ lưng dày, lỗ vào nhỏ, không được thăm dò chính xác.

Tổn thương sau phúc mạc thường nhanh chóng dẫn tới tình trạng nhiễm khuẩn nhiễm độc do viêm tấy lan tỏa khoang tế bào sau phúc mạc gây bởi các vi khuẩn ái khí và kỵ khí.

+ Gan, lách, tụy, thận: Tổn thương có thể đơn giản nếu ở ngoại vi, nông, nhỏ hoặc có khi rất phức tạp nếu tổn thương sâu, rộng và rách đường bài xuất (đường mật, ống tụy, đài bể thận).

- + Bàng quang bị rách trong hay ngoài phúc mạc.
- + Mạch máu: Đường đi của tác nhân có thể làm rách hoặc đâm xuyên qua mạch máu lớn gây hội chứng chảy máu trong ổ bụng.

3. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

3.1. Trường hợp dễ chẩn đoán

Khi vết thương bụng có lòi tạng hay mạc nối lớn, hoặc qua vết thương có chảy dịch của một tạng nào đó trong bụng, như dịch tiêu hóa, thức ăn, dịch mật, nước tiểu, phân...



Hình 3. Vết thương thành bụng trước có lòi mạc nối lớn

3.2. Trường hợp khó chẩn đoán

Chẩn đoán: Biểu hiện vết thương thành bụng như vết thương phần mềm, kết hợp với một trong hai hội chứng: hội chứng viêm phúc mạc hoặc hội chứng chảy máu trong ổ bụng.

- Có thể:

+ Hoặc thăm dò vết thương thành bụng thấy thủng phúc mạc: kiểm tra từng lớp của vết thương, hoặc có thể gây tê và mở rộng vết thương để kiểm tra.

+ Hoặc nội soi thăm dò ổ bụng thấy thủng phúc mạc (vết thương sâu khó thăm dò)

- Hỏi bệnh:

+ Loại tác nhân gây ra vết thương, hình dạng, kích thước, hướng đi của vết thương giúp nhận định khả năng tổn thương tạng.

+ Hoàn cảnh, tư thế bệnh nhân so với tác nhân gây thương tích cũng góp phần giúp định hướng tổn thương.

- Triệu chứng toàn thân:

+ Bệnh nhân có thể trong tình trạng bình thường nếu đến sớm và không có mất máu nhiều. Trong trường hợp tổn thương tạng đặc gây mất máu nhiều thì bệnh nhân sẽ ở trong tình trạng sốc, nặng hay nhẹ tùy mức độ mất máu. Nếu tổn thương tạng rỗng hoặc vết thương đến muốn bệnh nhân có hội chứng nhiễm khuẩn.

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đau bụng khu trú vùng vết thương hay lan tỏa khắp ổ bụng giúp hướng tới có hay không có tổn thương tạng.

Các triệu chứng nôn ra máu, ỉa ra máu chứng tỏ có tổn thương đường tiêu hóa, đái ra máu biểu hiện tổn thương hệ tiết niệu.

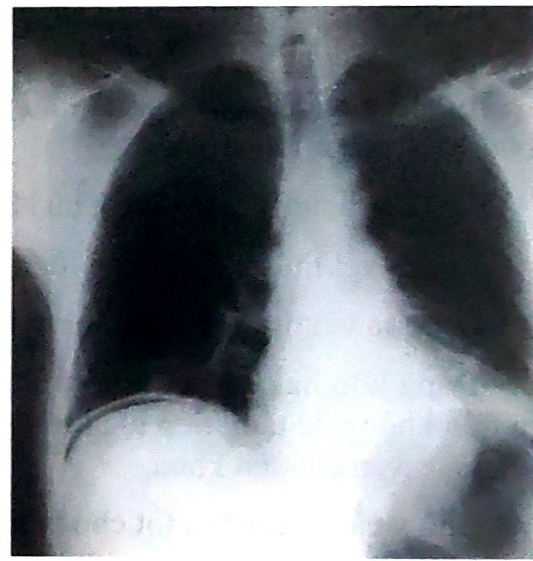
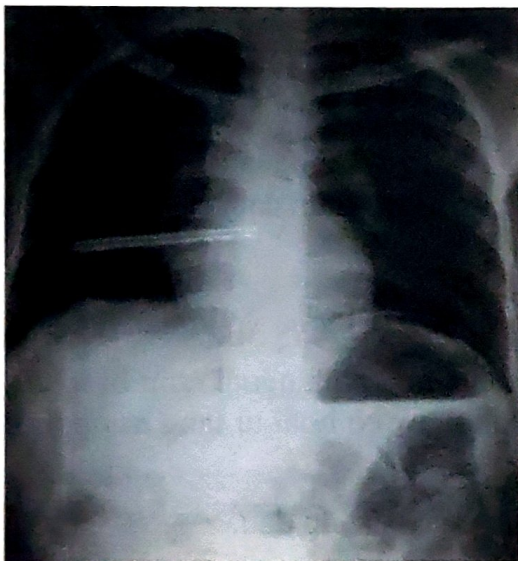
- Triệu chứng thực thể:

+ Khám vết thương: Đánh giá số lượng, kích thước, vị trí, đường đi của vết thương, hướng đi của tác nhân đồng thời xem có dịch gì chảy qua vết thương.

+ Khám bụng: Đánh giá tình trạng ổ bụng theo hai loại tổn thương tạng (đặc và rỗng) với hai hội chứng (chảy máu trong và viêm phúc mạc) tương tự như trong chấn thương bụng (tham khảo bài Chấn thương bụng).

- Triệu chứng cận lâm sàng:

+ X quang bụng không chuẩn bị: Nếu thấy liềm hơi thì chắc chắn là vết thương thấu bụng. Có thể thấy dị vật trong trường hợp vết thương do hỏa khí (viên đạn, mảnh đạn).



Hình 4. X quang ngực cho thấy liềm hơi dưới vòm hoành

+ Siêu âm: Nếu vỡ tạng đặc sẽ thấy có dịch (máu) trong ổ bụng và hình ảnh vỡ tạng, nếu vỡ tạng rỗng thì thấy có dịch trong ổ bụng.

+ Xét nghiệm: Biểu hiện của hội chứng chảy máu trong hoặc là hội chứng viêm phúc mạc.

+ Chọc rửa ổ bụng: Cũng tương tự như trong chấn thương bụng (tham khảo bài Chấn thương bụng).

+ Chụp cắt lớp vi tính: Cho kết quả dịch hay khí ổ bụng, hình ảnh tổn thương tạng rõ ràng hơn so với các thăm dò khác.

4. ĐIỀU TRỊ

- Chỉ định điều trị:

+ Điều trị phẫu thuật:

. Chảy máu trong ổ bụng và sốc mất máu.

. Viêm phúc mạc.

. Vết thương có lòi tạng.

. Vết thương còn gắn liền tác nhân gây vết thương.

. Có chảy máu tươi qua sonde dạ dày hoặc qua hậu môn.

. Bệnh nhân đa chấn thương hoặc tình trạng tinh thần không tỉnh, khó theo dõi.

+ Điều trị bảo tồn và theo dõi:

. Đánh giá tình trạng bệnh nhân 6 tiếng/lần: các dấu hiệu toàn thân và tình trạng bụng.

. Theo dõi: công thức máu, siêu âm bụng.

. Thời gian theo dõi: 24 tiếng

. Biểu hiện tiến triển tốt: dấu hiệu toàn thân ổn định, bụng đỡ đau, bệnh nhân ăn được và có lưu thông tiêu hóa.

- Hồi sức chống sốc (nếu có): bù khối lượng tuần hoàn, giảm đau, chống suy hô hấp.

- Sơ cứu vết thương bụng có lòi tạng:

+ Lau rửa vết thương, tạng lòi ra bằng dung dịch NaCl 9⁰/₀₀ vô khuẩn.

+ Dùng hộp hay bát sạch vô trùng càng tốt che bọc phía ngoài tạng bị lộ để băng ép lên trên không để tạng tiếp tục lòi ra ngoài, tránh nguy cơ hoại tử tạng trong thời gian chuyển tới tuyến chuyên khoa.

+ Chú ý cần giảm đau tốt cho bệnh nhân tránh gây sốc do đau.

+ Cần tiêm phòng uốn ván và dùng kháng sinh dự phòng cho bệnh nhân.

Trường hợp bệnh nhân có sốc thì tiến hành phối hợp chống sốc bao gồm bù khối lượng tuần hoàn và giảm đau, vận chuyển nhẹ nhàng.

- Điều trị phẫu thuật:

+ Nguyên tắc phẫu thuật: thăm dò tỉ mỉ, toàn diện, có hệ thống các tạng trong ổ bụng. Hiện nay, có thể dùng phẫu thuật nội soi chẩn đoán trong vết thương bụng để phát hiện các tạng bị tổn thương và xử trí một số trường hợp tổn thương không quá phức tạp.

+ Phương pháp gây mê: Về nguyên tắc vết thương bụng phải điều trị bằng phẫu thuật và gây mê toàn thân có giãn cơ là cần thiết. Tuy nhiên, trong một số trường hợp khi vết thương nhỏ, không thấy rõ triệu chứng của vết thương thấu bụng có thể áp dụng gây tê tại chỗ rồi mở rộng vết thương để kiểm tra, nếu phúc mạc không rách tức là một vết thương thành bụng sẽ xử lý như vết thương phần mềm, nếu có rách phúc mạc thì sẽ mở bụng.

+ Đường mổ: Thông thường nhất vẫn là đường giữa trên dưới rốn. Trong một số tình huống cụ thể, có thể mở rộng từ vết thương hay một đường mổ gần vết thương.

+ Giải quyết tổn thương: Cách xử lý tương tự như trong chấn thương bụng (tham khảo bài Chấn thương bụng).

KẾT LUẬN

Vết thương bụng vẫn còn khá thương gặp hiện nay. Chẩn đoán chính xác vết thương thấu bụng hay vết thương thành bụng là vấn đề cần thiết và có ý nghĩa quyết định phương pháp điều trị cụ thể. Phẫu thuật vẫn giữ vai trò quan trọng trong điều trị vết thương thấu bụng và xử trí tùy thuộc vào tổn thương cụ thể của từng tạng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày các tổn thương giải phẫu bệnh của vết thương bụng?

Câu 2. Hãy trình bày chẩn đoán vết thương bụng?

Câu 3. Hãy trình bày nguyên tắc điều trị vết thương bụng?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Charles Brunicki F., Dna K. Andersen, Timothy R. Billiar, David L. Dunn, John G. Hunter, Raphael E. Pollock. (2006) Trauma. Schwartzs manual of surgery, eighth edition, p. 97-137. *McGraw-Hill Companies, Medical Publishing Division, United States of America.*
2. Juan A. Asensio, and Donald D. Trunkey. (2008) Current Therapy of Trauma and Surgical Critical Care. *Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.*
3. Judith E. Tintinalli, Stephan Stapczynski J., David M. Cline, John Ma O., Rita K. Cydulka, and Garth D. Meckler. (2011) Abdominal trauma. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, seventh edition. *The McGraw-Hill Companies, Inc, China.*
4. Morris Peter J., Wood William C. (2000) The abdomen section. Oxford Textbook of Surgery, 2nd Edition. *Oxford University Press.*
5. Peter F. Mahoney, James M. Ryan, Adam J. Brooks and William Schwab C. (2005) Abdomen and pelvis. Ballistic Trauma: A practical guide, Second Edition. *Springer-Verlag London Limited.*
6. Sabiston David C., Townsend Courtney M. (2012) Management of acute trauma. Townsend: Sabiston Textbook of Surgery, 19th ed. *Saunders, An Imprint of Elsevier.*

VIÊM TỤY CẤP

Trần Bảo Long

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tụy cấp.
2. Trình bày được đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh, diễn biến của viêm tụy cấp.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị viêm tụy cấp.
4. Biết dự phòng và giáo dục sức khoẻ phòng tránh viêm tụy cấp.

NỘI DUNG

ĐẠI CƯƠNG

Viêm tụy cấp (VTC) là một cấp cứu thường gặp do men tụy từ dạng chưa hoạt động chuyển thành dạng hoạt động ngay tại tuyến tụy và tiêu hủy tuyến tụy. Bệnh cảnh lâm sàng thường phức tạp, dễ nhầm với các bệnh ngoại khoa khác như tắc ruột, thủng dạ dày, viêm phúc mạc... Để chẩn đoán viêm tụy cấp trước tiên phải nghĩ tới và tìm các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng. Trong những năm gần đây, nhờ sự phát triển của xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính... cùng với sự tiến bộ trong hồi sức, can thiệp ít xâm lấn và phẫu thuật, tỉ lệ biến chứng và tử vong ngày càng giảm.

1. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Hai nguyên nhân thường gặp nhất là sỏi mật và rượu, sau đó là các nguyên nhân do phẫu thuật, sau chấn thương tụy, sau chụp mật - tụy ngược dòng, nhiễm trùng và ký sinh trùng (giun đũa), rối loạn mỡ máu, bất thường giải phẫu của tuyến tụy sau cùng là nhóm không rõ nguyên nhân.

Ở châu Âu, Mỹ, nguyên nhân do rượu là chủ yếu, sau đó là sỏi túi mật. Ở Việt Nam, nguyên nhân thường gặp nhất là do sỏi mật và VTC do rượu xuất hiện ngày một tăng dần.

Cơ chế bệnh sinh của VTC: do hiện tượng tăng tiết các men của tụy, đặc biệt là trypsin dạng chưa hoạt động bị hoạt hoá thành dạng hoạt động ngay tại tuyến tụy gây tiêu huỷ các tổ chức tụy.

Bình thường dịch tụy chứa chất ức chế ngăn cản sự hoạt hoá trypsinogen, khi gặp men enterokinase của tá tràng, dịch mật thì trypsinogen được hoạt hoá thành thể hoạt động (trypsin) gây tiêu huỷ tổ chức tụy ngay ở tuyến tụy.

Giả thuyết về các cơ chế gây nên VTC do từng loại nguyên nhân được giải thích như sau: rượu gây tăng bài tiết của tụy, tăng tiết dịch vị, do đó độ a xít ở tá tràng tăng cao gây tăng bài tiết dịch tụy và bicarbonat. Rượu gây tổn thương tuyến tụy là do sự

thoát khỏi lòng ống tụy của men tụy, gây nên tổn thương nhu mô tụy, gây viêm tụy qua cơ chế trung gian của tình trạng tăng cao triglycerid trong máu sau khi uống rượu xảy ra ở một số cá thể. Chylomicrons thường được tạo thành 1-2 giờ sau khi ăn, tăng cao nhất sau 4-5 giờ và được biến mất trong vòng 8 giờ. Khi lượng triglycerid vượt quá 1000mg/dL, chylomicrons hầu như hiện diện thường xuyên trong các mao mạch có thể gây tắc nghẽn các mao mạch tụy dẫn đến thiếu máu gây hoại tử và toan hóa máu. Trong môi trường acid, các acid béo tự do gây hoạt hóa trypsinogen dẫn đến quá trình “tự tiêu hóa” mô tụy gây nên VTC

Sỏi mật: Sỏi mật di chuyển xuống dưới phần thấp của ống mật chủ, gây tắc Oddi trước khi rơi xuống tá tràng, kích hoạt men tụy gây viêm tụy cấp. Cơ chế này được kiểm chứng trên lâm sàng thấy có sỏi trong phân ở 90% các trường hợp viêm tụy cấp do sỏi.

90% các bệnh nhân có tiền sử viêm tụy do sỏi có ống chung giữa ống mật và ống tụy.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

Theo triệu chứng lâm sàng và giải phẫu bệnh có hai loại VTC là: VTC thể phù (tổn thương ở mức độ vừa phải, tỉ lệ tử vong < 1%) và VTC thể hoại tử chảy máu (có tổn thương hoại tử tuyến tụy, tỉ lệ tử vong > 40%).

2.1. VTC thể phù

2.1.1. Đại thể

Tụy phù giống như phong bế novocain, tổ chức tụy mủn, không có hoại tử hay chảy máu, giữa các múi tụy là tổ chức phù nề ngăn cách, có thể thấy hiện tượng hoại tử mỡ nhưng rất hạn chế.

2.1.2. Vi thể

Hiện tượng phù nề của tổ chức liên kết giữa các nang tụy, có xâm nhập bạch cầu đa nhân và lympho, các nang và cấu trúc ống tụy còn nguyên vẹn, các mao mạch sung huyết. Khi khởi không để lại di chứng.

2.2. VTC thể hoại tử chảy máu

2.2.1. Đại thể

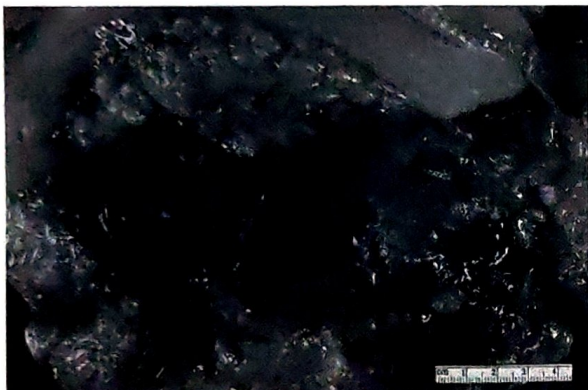
Ổ bụng có dịch đỏ sẫm màu, có nhiều vết nền rải rác khắp ổ bụng, bản chất đây là ester của a xít béo được giải phóng do hiện tượng hoại tử mỡ và ion canxi. Đây là một tổn thương rất đặc hiệu của VTC thể hoại tử, tuy nhiên có thể gặp trong thủng tá tràng, chấn thương tổ chức mỡ. Tụy bị hoại tử chảy máu toàn bộ hay một phần tụy, khu trú hay rải rác khắp tụy, biểu hiện bằng những phần tụy bình thường vàng nhạt chuyển thành màu đỏ sẫm hay tím sẫm như quả bồ quân hay tím đen như lá úa. Đánh giá mức độ tổn thương có thể khó khăn vì tổn thương có thể chỉ ở bề mặt tụy nhưng cũng có thể đã chiếm toàn bộ tụy.

2.2.2. Vi thể

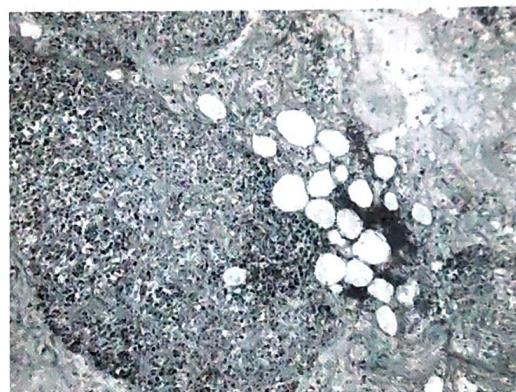
Nang tụy bị phá huỷ, mạch máu bị phá huỷ tạo thành những đám chảy máu, có những đám hoại tử, khi khô để lại sẹo.

2.2.3. Diễn biến

Hiện tượng hoại tử lúc đầu còn khu trú ở hậu cung mạc nối, về sau lan tới các cơ quan lân cận, các mảnh tổ chức tụy hoại tử, máu, dịch tụy tạo thành các phản ứng viêm rõ rệt và lan ra khắp ổ bụng, bóc tách các lớp tổ chức tạo nên máu tụ quanh rốn (dấu hiệu Cuellen), có thể gây tràn dịch màng phổi.



Hình 1. Hoại tử tụy đại thể



Hình 2. Hoại tử tụy vi thể

3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

Đau bụng trên rốn (trường hợp điển hình: sau bữa ăn thịnh soạn) là triệu chứng chủ yếu, có thể âm ỉ hay dữ dội lẫn lộn gập người lại, đau xuyên ra sau lưng và lan lên vai, lan ra phần dưới ổ bụng. Kèm theo là dấu hiệu buồn nôn, nôn và bí trung đại tiện.

3.1.2. Triệu chứng toàn thân

Trong VTC thể phù, tình trạng toàn thân còn tương đối tốt trong đa số các trường hợp. Trái lại, 80% trường hợp VTC thể hoại tử chảy máu có biểu hiện sốc như mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt do đau, giãn mạch, tăng tính thấm làm thoát dịch vào khoảng gian bào, khoang ổ bụng... tuy nhiên không có sự tương xứng song song giữa mức độ nặng của toàn thân với dấu hiệu thực thể nghèo nàn.

Có thể thấy một số dấu hiệu sau cho biết là VTC nặng như: vàng da vàng mắt, tràn dịch màng phổi, chảy máu tiêu hoá, rối loạn tâm thần, hôn mê...

3.1.3. Triệu chứng thực thể

Trong VTC thể phù, thành bụng co cứng giống như thùng dạ dày. Trong VTC thể hoại tử chảy máu, bụng trương khu trú trên rốn sau trương khắp bụng, vừa giống như

viêm phúc mạc, vừa giống như tắc ruột. Vùng trên rốn có thể thấy khối ấn đau, có phản ứng thành bụng. Trường hợp muộn thấy những mảng bầm tím quanh rốn.

Điểm sườn lưng (điểm Mayo-Robson) đau là dấu hiệu đặc hiệu rất có giá trị trong chẩn đoán VTC.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xét nghiệm

- Amylase máu và niệu tăng:

Amylase máu tăng cao là dấu hiệu sớm (> 3 lần giá trị bình thường tối đa), nếu sau 10 ngày còn cao có thể là dấu hiệu của biến chứng: nang giả tụy, áp xe tụy, trong VTC hoại tử chảy máu nặng có thể lại không cao, amylase không được coi là một yếu tố tiên lượng bệnh. Lưu ý, amylase có thể tăng trong một số bệnh khác như tắc ruột, thủng dạ dày...

- Lipase tăng sau 4-8 giờ, cao nhất sau 24 giờ và giảm về bình thường hay gần như bình thường sau 8-14 ngày.

- Đường máu tăng.

- Can xi máu giảm, khi < 80 mg / l: rất có ý nghĩa trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh.

- Những dấu hiệu sinh học khác: có thể tăng transaminase, phosphatase kiềm, bilirubin, LDH... Khi triglycerid tăng $> 11,3$ mmol/L được xem là nguyên nhân VTC khi không có nguyên nhân sỏi, rượu..

- Bạch cầu $< 4G/L$ hay $> 12 G/l$ là dấu hiệu xấu.

- CRP tăng > 150 mg/L vào ngày thứ 3 là một yếu tố tiên lượng nặng.

- Procalcitonin rất có giá trị trong chẩn đoán bội nhiễm.

3.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

3.2.2.1. Siêu âm

Là thăm dò không xâm lấn có thể làm tại giường, thấy tụy to hơn bình thường, dịch quanh tụy và trong ổ bụng. Có thể thấy hình ảnh hoại tử nhu mô tụy, nang tụy, sỏi giun đường mật hay ống Wirsung.

Nhược điểm: không thăm dò được khi vương hơi.

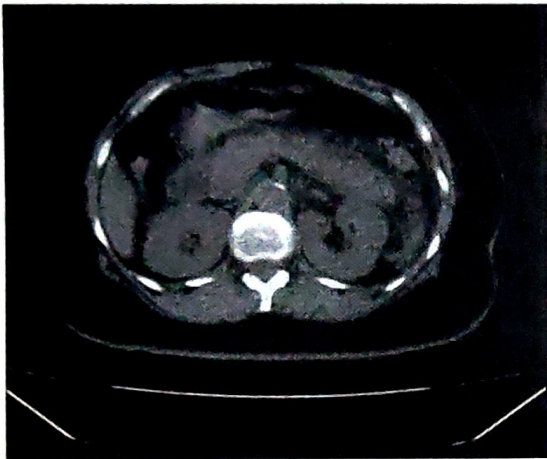
3.2.2.2. X quang

- Chụp bụng không chuẩn bị: không có liềm hơi, không có mức nước hơi, có thể thấy dấu hiệu quai ruột cảnh vệ (quai đầu hồng tràng giãn hơi), một đoạn trên đại tràng trái giãn.

- Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner): rất có giá trị trong chẩn đoán viêm tụy cấp khi amylase/lipase không tăng, đánh giá tổn thương tụy chính xác hơn siêu âm, không

phụ thuộc vào tình trạng ổ bụng và xác định được nguyên nhân viêm tụy như sỏi, giun...
Mức độ tổn thương theo Balthazar EJ như sau:

- A: Tụy bình thường
- B: Tụy to
- C: Thay đổi ở tụy hay lớp mỡ quanh tụy do viêm.
- D: Có một khối dịch đọng quanh tụy.
- E: Có 2 khối dịch đọng và /hoặc có khí trong một khối.



Hình 3. Tổn thương độ C trên CT Scanner



Hình 4. Tổn thương độ E trên CT Scanner

3.2.3. Điện tim

Có thể thấy dấu hiệu thiếu máu cơ tim như ST chênh, T dẹt.

3.3. Chẩn đoán theo phân loại Atlanta 2016

- **Chẩn đoán xác định** viêm tụy cấp khi có ≥ 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- + Đau bụng gợi ý viêm tụy cấp tính.
- + Amylase hoặc lipase huyết thanh gấp > 3 lần giá trị tối đa bình thường.
- + Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh.

- **Chẩn đoán độ nặng:** được chia làm 3 mức độ, mức độ nhẹ chiếm 80-85%, tỷ lệ chết 1-3%, mức độ trung bình và nặng có tỷ lệ chết từ 13-35%.

+ Mức độ nhẹ:

- . Không suy tạng.
- . Không có biến chứng toàn thân hay tại chỗ.
- . Thường ra viện trong vòng 1 tuần.

+ Mức độ trung bình:

- . Suy tạng thoáng qua (hết trong vòng 48 giờ).

- . Biểu chứng toàn thân hay tại chỗ, tụ dịch ở tụy hay quanh tụy.
- . Bệnh phối hợp nặng lên do viêm tụy.
- + Mức độ nặng (tỷ lệ chết 36-50%): suy tạng kéo dài > 48 giờ: suy một hay nhiều tạng.

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

4.1. Bệnh lý ngoại khoa

- Thủng ổ loét dạ dày tá tràng.
- Tắc ruột (xoắn ruột).
- Viêm phúc mạc mật.
- Nứt rạn phồng động mạch chủ bụng.
- Nhồi máu mạc treo ruột.

4.2. Bệnh nội khoa

- Nhồi máu cơ tim.
- Ngộ độc thức ăn.
- Viêm phổi.
- Nhiễm thể cetonic trong đái tháo đường.

5. DIỄN BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Những yếu tố tiên lượng

Có nhiều bảng theo dõi đánh giá tiên lượng VTC như Ranson, Glasgow.... trong đó bảng Ranson là được áp dụng rộng rãi nhất, được trình bày như sau:

- Khi mới vào viện: có 5 yếu tố đánh giá:

- + Tuổi > 55.
- + Bạch cầu > 16 G/L.
- + Đường máu > 2 g/l (không có tiền sử đái tháo đường).
- + LDH > 350 UI /l (gấp 1,5 lần bình thường).
- + ASAT > 250 UI /l.

- Sau 48 giờ so với lúc vào: có 6 yếu tố đánh giá:

- + Hematocrit giảm < 10 điểm.
- + Ure máu tăng > 2 mmol / l.
- + Can xi máu giảm < 2 mmol /l.

+ PaO_2 động mạch < 60 mmHg.

+ HCO_3 giảm > 4 mEq / l.

+ Dịch động > 6 lít.

- **Đánh giá: nếu có 3 tiêu chuẩn là VTC nặng.**

5.2. Biến chứng

5.2.1. Biến chứng tại chỗ

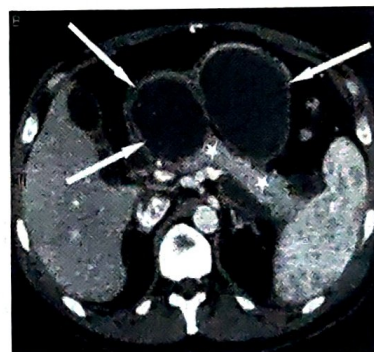
- *Viêm tụy hoại tử*: khi tổ chức tụy viêm hoại tử được khu trú có nghi ngờ nhiễm khuẩn, khi suy tạng kéo dài > 4 tuần. Can thiệp dẫn lưu qua da được lựa chọn.

- *Áp xe tụy*: khi viêm tấy lan tỏa, nang giả tụy bị bội nhiễm chiếm 20-40% VTC mức độ nặng, biểu hiện hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc sốt cao dao động, thể trạng suy sụp nhanh, tỷ lệ tử vong cao. Điều trị: dẫn lưu dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT Scanner.

- *Nang giả tụy và biến chứng*:

Thường xuất hiện sau VTC từ 1-4 tuần, dịch viêm được khu trú lại thành ổ bởi các tạng lân cận và phản ứng xơ hoá, không có tế bào biểu mô ống tụy bao bọc, có thể tự tiêu hay to ra gây đau hay vỡ, chảy máu trong nang. Nếu > 6 tháng còn tồn tại có triệu chứng, cần dẫn lưu vào đường tiêu hoá.

- *Chảy máu trong ổ bụng* do loét hoại tử mạch máu.



Hình 5. Nang giả tụy trên CT Scanner

5.2.2. Toàn thân

- Đông máu rải rác trong lòng mạch.
- Suy hô hấp cấp.
- Thiếu máu cơ tim.
- Suy thận cấp.
- Rối loạn tâm thần.
- Chảy máu tiêu hóa.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Điều trị nội khoa

- *Giảm đau*: không dùng thuốc gây co thắt Oddi, dùng procain nhỏ giọt tĩnh mạch hay phong bế thần kinh tạng.

- *Chống sốc*: bù khối lượng tuần hoàn, khối lượng, tốc độ truyền căn cứ vào ba yếu tố: áp lực động mạch, áp lực tĩnh mạch trung ương, lượng nước tiểu. Chống rối loạn nước điện giải. Chống toan hoá máu và đảm bảo nuôi dưỡng bệnh nhân đường tĩnh mạch.

- *Ức chế bài tiết dịch tụy*:

+ Nhịn ăn uống hoàn toàn, đặt ống thông dạ dày hút dịch liên tục.

+ Thuốc ức chế bài tiết dịch tụy: anticholinergic (atropin) nhằm ức chế kích thích đến tuyến tụy, sandostatin hay stilamin có tác dụng ức chế bài tiết dịch tụy mạnh. Thuốc ức chế cảm thụ quan H_2 hay bơm proton có tác dụng gián tiếp làm giảm bài tiết dịch tụy do làm giảm bài tiết a xít trong dịch dạ dày, đồng thời chống loét do stress.

- *Điều trị biến chứng (nếu có)*

+ Điều trị đường huyết cao.

+ Chống suy hô hấp.

+ Chống đông máu rải rác trong lòng mạch.

+ Chống suy tim: Dopamin...

+ Chống suy thận.

+ Vấn đề dùng kháng sinh: VTC có thể bị bội nhiễm làm tăng tỉ lệ tử vong, nên dùng kháng sinh phổ rộng tác dụng lên vi khuẩn đường ruột, thấm vào nhu mô tụy và phối hợp cả thuốc diệt vi khuẩn ái khí và kỵ khí...

6.2. Điều trị can thiệp (dẫn lưu qua da hay qua nội soi) khi

- Lâm sàng biểu hiện nghi ngờ viêm tụy hoại tử nhiễm khuẩn.

- Sau 4 tuần có suy tạng dù không có dấu hiệu hoại tử nhiễm khuẩn, dấu hiệu tắc đường mật và đường tiêu hóa do khối dịch hoại tử chèn ép, nang giả tụy to dần hay có triệu chứng.

- Sau 8 tuần có đau liên tục hoặc khó chịu.

- Rò dịch tụy vào nang giả tụy do tổn thương ống tụy.

6.3. Điều trị ngoại khoa

6.3.1. Chỉ định

- VTC do sỏi, giun (có thể điều trị nội soi can thiệp).

- Chảy máu không can thiệp mạch được.

- Hoại tử ruột hoặc túi mật.

- Rò ống tiêu hóa vào khối dịch.

- Khi điều trị can thiệp không có kết quả.

- Hội chứng tăng áp lực ổ bụng (áp lực > 20 mmHg và có suy tạng).

6.3.2. Mục đích

- Giải quyết nguyên nhân gây tắc nếu có.
- Lấy bỏ tổ chức hoại tử, cắt tụy điển hình hay không điển hình.
- Dẫn lưu hậu cung mạc nối.
- Mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng, nên áp dụng trong điều kiện không đảm bảo nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.
- Dẫn lưu túi mật.

7. GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

Tư vấn sức khỏe cho bệnh nhân khi ra viện:

- Đối với trường hợp nguyên nhân do rượu: không nên uống bia, rượu, ăn uống điều độ.
- Đối với trường hợp nguyên nhân do giun: tẩy giun định kỳ cứ 6 tháng một lần.
- Đối với trường hợp nguyên nhân do sỏi: áp dụng các phương pháp đề phòng sỏi tái phát, biết dấu hiệu sỏi tái phát để khám và điều trị kịp thời.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày các nguyên nhân và cơ chế của viêm tụy cấp?

Câu 2. Hãy trình bày đặc điểm hình thái tổn thương giải phẫu bệnh của viêm tụy cấp?

Câu 3. Hãy trình bày các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tụy cấp?

Câu 4. Hãy trình bày các biến chứng của viêm tụy cấp?

Câu 5. Hãy trình bày nguyên tắc điều trị viêm tụy cấp?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trinh Cơ (1985), Viêm tụy cấp, *Chuyên khoa ngoại*, NXB Y học, 130-144
2. Ari Leppäniemi, Matti Tolonen, Antonio Tarasconi et al (2019), 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis, *World Journal of Emergency Surgery*, 14:27
3. Peter A Banks, Thomas L Bollen, Christos Dervenis (2013), Classification of acute pancreatitis - 2012, revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus, *Gut*, 62:102-111
4. Olaf J. Bakker, Yama Issa, Hjalmar C. Van Santvoort et al (2014), Treatment options for acute pancreatitis, *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 11, 462-469
5. Bryan R. Foster, Kyle K. Jensen, Gene Bakis et al (2016), Revised Atlanta Classification for Acute Pancreatitis: A Pictorial Essay, *RadioGraphics*, 36, 675-687

HỘI CHỨNG TẮC RUỘT

Trịnh Văn Tuấn

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Hiểu rõ sinh lý và sinh lý bệnh của tắc ruột.*
2. *Biết được các nguyên nhân của tắc ruột.*
3. *Nắm chắc các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của tắc ruột.*
4. *Chẩn đoán được tắc ruột thể điển hình và các thể lâm sàng của tắc ruột.*
5. *Trình bày được nguyên tắc điều trị tắc ruột.*

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột là bệnh đã được biết và điều trị từ thời Hyppocrate. Trường hợp phẫu thuật tắc ruột sớm nhất được thực hiện do Praxagors vào khoảng năm 350 trước công nguyên bằng cách tạo nên một lỗ rò ruột non qua da để giải thoát chỗ tắc. Tuy vậy, phương pháp điều trị tắc ruột vẫn chủ yếu là nội khoa, không mổ, bằng giảm đau (opium), uống thủy ngân, rửa dạ dày.

Thế kỷ XIX, điều trị tắc ruột bằng phẫu thuật trở nên phổ biến hơn song chưa có tiến bộ nhiều vì hiểu biết về những rối loạn toàn thân do tắc ruột gây ra còn hạn chế. Năm 1912, Hartwell và Hoguet đã điều trị tắc ruột thực nghiệm bằng cách truyền dung dịch mặn đẳng trương vào gan chó gây tắc ruột.

Thập niên thứ hai của thế kỷ XX, việc phát minh và ứng dụng tia X trong y học đã giúp chẩn đoán sớm được tắc ruột. Từ những năm 30 trở lại đây, sự ra đời của ống thông dạ dày, ống thông ruột non (1930); kháng sinh (1940-1950) cùng với phác đồ điều trị bồi phụ nước và điện giải, kháng sinh, những tiến bộ trong gây mê hồi sức và kỹ thuật mổ xẻ đã làm giảm đáng kể tỉ lệ tử vong do tắc ruột. Tuy nhiên, việc chẩn đoán và xử trí sớm xoắn ruột vẫn là vấn đề cần tiếp tục nghiên cứu trong điều trị tắc ruột hiện nay.

2. ĐỊNH NGHĨA

Tắc ruột là một hội chứng ngừng lưu thông của hơi, dịch và các chất có trong lòng ruột. Tắc ruột còn nhu động ruột nhưng có sự cản trở lưu thông của các chất trong lòng ruột từ góc Treitz đến hậu môn là *tắc ruột cơ học*; Tắc ruột do ngừng nhu động ruột là *tắc ruột cơ năng* hay tắc ruột do liệt ruột.

Tắc ruột thường gặp ở mọi lứa tuổi, không phân biệt giới tính, do nhiều nguyên nhân gây ra. Tắc ruột sau mổ là loại thường gặp nhất, chiếm đến 80% các loại tắc ruột được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức. Tuy vậy, các nguyên nhân tắc ruột khác cũng hay gặp như:

- Tắc ruột do lồng ruột cấp tính thường gặp ở trẻ còn bú vào mùa đông xuân.
- Tắc ruột do bã thức ăn thường gặp ở người già rụng răng, viêm tụy mạn, có tiền sử cắt dạ dày hoặc cắt thần kinh X do loét dạ dày - tá tràng.
- Tắc ruột do giun thường gặp nhiều ở trẻ em vùng trồng rau có thói quen sử dụng phân người chưa được xử lý để trồng trọt.
- Tắc ruột do u đường tiêu hóa: thực quản, dạ dày, ruột non, đại trực tràng. U đại tràng thường gặp nhiều ở tuổi 50 trở lên...

Tắc ruột là một cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp trong cấp cứu ổ bụng, chỉ đứng sau viêm ruột thừa. Triệu chứng, các rối loạn toàn thân, tại chỗ và mức độ cấp tính của tắc ruột thay đổi phụ thuộc vào cơ chế tắc (*do thắt nghẹt hay bít tắc*), vị trí tắc (*tắc ở đại tràng hay ruột non*). Chẩn đoán nhiều khi còn khó khăn mặc dù có nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại đã được áp dụng.

3. SINH LÝ BỆNH

3.1. Nguyên nhân và cơ chế tắc

3.1.1. Tắc ruột cơ học do bít tắc

Tắc ruột do bít tắc là do cản trở sự di chuyển của các chất có trong lòng ruột.

- Nguyên nhân ở trong lòng ruột:

+ Ở ruột non: Giun đũa dính kết lại gây tắc ruột là nguyên nhân thường gặp ở trẻ em và cả người lớn ở những vùng nông thôn trồng rau, ăn uống mất vệ sinh. Tắc do khối bã thức ăn (măng, xơ mít, quả sim...) gặp ở người già, rụng răng, suy tụy hoặc đã bị cắt dạ dày. Sỏi túi mật gây viêm, thủng vào tá tràng và di chuyển xuống ruột gây tắc rất hiếm gặp ở Việt Nam.

+ Ở đại tràng: Nguyên nhân gây tắc có thể là khối phân do bị táo bón kéo dài, thường gặp ở người già.

- Nguyên nhân ở thành ruột:

Ở cả ruột non và đại tràng, nguyên nhân tắc ruột có thể là:

+ Các khối ung thư của ruột non và của đại tràng, trong đó ung thư đại tràng trái hay gặp nhất.

+ Các khối u lành của thành ruột với kích thước lớn có thể gây tắc ruột nhưng ít gặp.

+ Hẹp thành ruột do viêm nhiễm hoặc do sẹo xơ: lao ruột, bệnh Crohn, viêm ruột sau xạ trị, hẹp miệng nối ruột, hẹp ruột sau chấn thương.

+ Lồng ruột: Là do đoạn ruột phía trên chui vào đoạn ruột phía dưới, có nhiều kiểu lồng khác nhau như lồng hồi hồi tràng, lồng hồi - đại tràng, lồng đại - đại tràng. Lồng cấp tính thường gặp ở trẻ còn bú. Ở người lớn ít gặp lồng ruột cấp tính, thường phối hợp với các nguyên nhân tắc ở thành ruột như khối u, túi thừa.

- Nguyên nhân ở ngoài thành ruột:

+ Dây chằng và dính các quai ruột là nguyên nhân chiếm tỉ lệ cao nhất. Trong đó, trên 80% có nguồn gốc sau phẫu thuật ổ bụng, số còn lại có nguồn gốc viêm nhiễm, chấn thương và bẩm sinh.

+ Các khối u trong ổ bụng xâm lấn, chèn ép làm cản trở lưu thông của ruột.

3.1.2. Tắc ruột cơ học do thắt nghẹt

Tắc ruột do cản trở cấp máu nuôi dưỡng dẫn đến hoại tử ruột.

- Các dây chằng hoặc xơ dính gấp hai quai ruột hoặc dính một quai ruột với vùng bị mất thanh mạc ở thành bụng, tạo ra các khe và một hoặc nhiều quai ruột chui vào, bị nghẹt ở chân quai ruột cùng với phần mạc treo tương ứng gây thiếu máu, hoại tử như trong thoát vị nghẹt.

- Các thoát vị bao gồm các thoát vị thành bụng (thoát vị bẹn, thoát vị đùi, thoát vị rốn...) và các thoát vị nội (thoát vị bịt, thoát vị khe Winslow, thoát vị Treitz...) có thể gây nghẹt khi ruột chui vào các khe, lỗ này.

- Xoắn ruột là trường hợp nặng nhất trong các tắc ruột do nghẹt. Xoắn ruột được định nghĩa là quai ruột bị xoắn trên trục mạc treo của nó. Ở ruột non, xoắn ruột thường là do hậu quả của tắc ruột ở phía trên do dây chằng dính vào đỉnh hoặc chân của quai ruột đó. Ở đại tràng, xoắn ruột thường tự phát do đoạn đại tràng Sigma dài, hai chân gần nhau, bị lộn xoay xuống (xoắn đại tràng Sigma), xoắn của manh tràng do đại tràng phải không dính bẩm sinh, ít gặp.

Như vậy, các nguyên nhân tắc ruột cơ giới có thể xếp làm hai nhóm theo cơ chế tắc là các nguyên nhân gây tắc ruột do bít tắc và các nguyên nhân gây tắc ruột do thắt nghẹt ruột cùng với mạch máu của đoạn mạc treo tương ứng làm đoạn ruột này nhanh chóng thiếu máu, hoại tử.

3.1.3. Tắc ruột do liệt ruột

Tắc ruột do liệt ruột, còn gọi là tắc ruột cơ năng chiếm khoảng 5-10% các trường hợp, do rất nhiều nguyên nhân khác nhau:

- Liệt ruột phản xạ có thể gặp trong sỏi niệu quản, trong chấn thương cột sống, vỡ xương chậu do máu tụ sau phúc mạc. Các nguyên nhân viêm phúc mạc, dịch thủng dạ dày, dịch tụy cũng gây liệt ruột.

- Thiếu máu cấp và huyết khối tĩnh mạch mạc treo cũng làm liệt nhu động ở đoạn ruột tương ứng.

- Ngoài ra, còn rất nhiều các nguyên nhân khác làm tổn thương thần kinh cơ của ruột và gây ra một tình trạng giả tắc ruột, bao gồm:

+ Rối loạn chuyển hoá: kali máu thấp, tăng can xi máu, toan chuyển hóa.

+ Một số thuốc: dẫn chất của thuốc phiện, thuốc kháng cholinergic.

+ Tổn thương ruột trong các bệnh toàn thân: tiểu đường, thiếu năng tuyến giáp, rối loạn chuyển hóa porfirin, xơ cứng bì.

+ Tổn thương khu trú đám rối thần kinh thành ruột (*bệnh giãn đại tràng bẩm sinh*), tổn thương thần kinh lan tỏa hơn, các tổn thương cơ có thể gây ra các rối loạn vận động của ruột và được gọi chung là giả tắc ruột không rõ nguyên nhân mạn tính. Hội chứng Ogilvie là một thể đặc biệt, đặc trưng bởi giãn đại tràng cấp không do tắc và có thể phục hồi.

3.2. Hậu quả của tắc ruột

Các rối loạn toàn thân và tại chỗ do tắc ruột gây nên rất khác nhau, phụ thuộc:

- Cơ chế gây tắc: tắc do bí tắc hay tắc do thắt nghẹt.
- Vị trí tắc: tắc ở ruột non hay tắc đại tràng.
- Tắc hoàn toàn hay tắc không hoàn toàn.
- Tắc ruột cơ học hay tắc ruột cơ năng.



Hình 1. Tắc ruột do bí

3.2.1. Tắc ruột do bí tắc

- Trong tắc ruột non:

Ảnh hưởng lên đoạn ruột trên chỗ tắc xảy ra rất nhanh chóng và nặng nề. Lúc đầu do cơ chế thần kinh, các sóng nhu động ruột tăng rất mạnh ở đoạn ruột trên chỗ tắc nhằm thắng sự cản trở. Các sóng nhu động đó gây ra các cơn đau và dấu hiệu rắn bò trên thành bụng. Về sau, các sóng nhu động giảm dần và mất khi thành ruột bị tổn thương.

Ruột trên chỗ tắc trương, giãn dần lên do chứa hơi và dịch. Trên 70% hơi trong ống tiêu hóa là do nuốt vào, phần còn lại là do vi khuẩn phân hủy thức ăn, lên men và sinh hơi. Dịch là do bài tiết của đường tiêu hóa, ruột bài tiết trung bình 6 lít/24 giờ. Sự tăng áp lực trong lòng ruột gây ứ trệ tĩnh mạch, giảm tưới máu mao mạch ở thành ruột

làm cho niêm mạc ruột bị tổn thương, phù nề, sung huyết, dẫn tới giảm dần, hoặc mất hẳn quá trình hấp thu dịch tiêu hóa, gây ứ đọng dịch trong lòng ruột.

Nôn và phản xạ trào dịch lên cao trên chỗ tắc có thể giảm bớt phần nào sự tăng áp lực trong lòng ruột. Nhưng nôn nhiều, đặc biệt là trong tắc ruột cao làm nặng thêm tình trạng mất nước, rối loạn các chất điện giải và thăng bằng kiềm toan. Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học cho thấy có hiện tượng giảm khối lượng tuần hoàn, máu cô đặc với hematocrit, protid máu tăng cao.

Rối loạn điện giải: Na^+ máu giảm do dịch ứ đọng trong ruột chứa nhiều Na^+ . K^+ , Cl^- máu thường giảm do trong dịch nôn chứa nhiều K^+ , Cl^- . K^+ máu tăng trong giai đoạn muộn khi các tế bào của thành ruột bị hoại tử, giải phóng K^+ . Ure, creatinin máu thường cao do có hiện tượng suy thận cơ năng và nhanh chóng hồi phục nếu được hồi sức tốt.

Rối loạn thăng bằng kiềm toan: thường có hiện tượng kiềm chuyển hóa do nôn, dịch dạ dày chứa nhiều HCl và di chuyển gốc HCO_3^- từ trong tế bào ra ngoài tế bào, ít khi có toan chuyển hoá với K^+ máu cao. Cuối cùng, bụng trướng, cơ hoành bị đẩy lên cao làm giảm thông khí, làm ảnh hưởng tới cơ chế bù.

Ở dưới chỗ tắc, trong những giờ đầu, nhu động ruột đẩy phân và hơi xuống dưới làm ruột xẹp xuống và không có hơi.

- *Tắc ở đại tràng:*

Hậu quả tại chỗ và toàn thân cũng xảy ra như trong tắc ruột non nhưng chậm và muộn hơn. Hiện tượng tăng sóng nhu động trên chỗ tắc ít gặp, ruột giãn to, chứa nhiều khí hơn dịch do có hiện tượng lên men của vi khuẩn ở đại tràng. Nếu van Bauhin mở ra khi áp lực trong đại tràng cao do ứ đọng dịch và hơi trên chỗ tắc, dịch trào lên ruột non và hậu quả xảy ra cũng như trong tắc ruột non. Nếu van này tự chủ, đóng kín, phân và hơi của đại tràng không tràn lên ruột non được, đại tràng giãn rất to, áp lực trong lòng đại tràng rất lớn và có nguy cơ vỡ đại tràng do căng giãn. Áp lực cao nhất là ở manh tràng vì manh tràng có kích thước lớn nhất (định luật Laplace). Do vậy, trong tắc đại tràng, vị trí bị thủng, vỡ nhiều nhất là ở manh tràng.

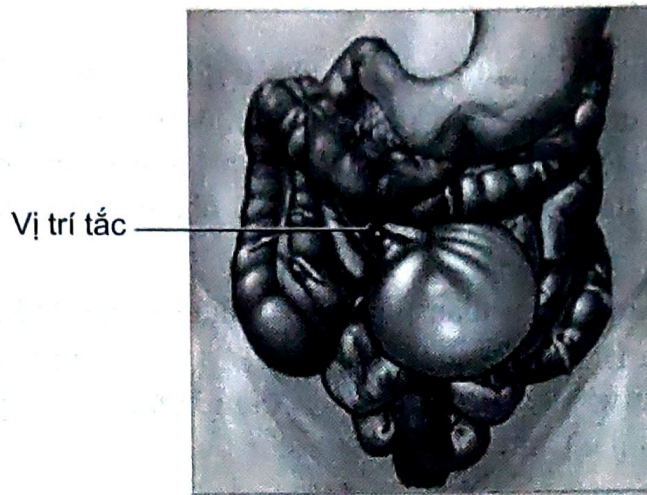
3.2.2. Tắc ruột do thắt nghẹt

Xoắn ruột là hình thái điển hình nhất và hậu quả cũng xảy ra nhanh chóng và nặng nề nhất trong các loại tắc ruột do cơ chế thắt nghẹt. Các rối loạn toàn thân và tại chỗ một phần do ảnh hưởng của ruột trên chỗ tắc gây ra như trong tắc ruột do bít tắc nhưng chủ yếu là do quai ruột và mạch máu mạc treo tương ứng bị nghẹt gây ra. Quai ruột bị xoắn, nghẹt nhanh chóng giãn to, chứa dịch là chủ yếu, hơi rất ít, trừ xoắn đại tràng, trong lòng quai ruột xoắn có nhiều hơi là do vi khuẩn lên men.

Sự ứ trệ tĩnh mạch ở quai ruột xoắn làm thoát huyết tương và máu vào trong quai ruột bị xoắn và vào trong ổ bụng. Ruột bị tổn thương làm cho hàng rào bảo vệ của niêm mạc ruột bị phá hủy dẫn tới sự tăng sinh của vi khuẩn trong quai ruột bị tắc nghẽn do ứ trệ trong lòng ruột làm cho nội độc tố của vi khuẩn có thể thoát vào ổ phúc mạc. Ở đây, nội độc tố của vi khuẩn được tái hấp thu. Do đó, cơ chế sốc trong tắc ruột do thắt nghẹt

là sốc nhiễm độc, nhiễm khuẩn phối hợp với sốc do giảm khối lượng tuần hoàn. Trong loại tắc ruột này, động mạch mạc treo tương ứng cũng bị nghẹt làm cho quai ruột này thiếu máu và cuối cùng bị hoại tử, vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc.

Trong trường hợp lồng ruột cấp tính, cổ của khối lồng làm nghẹt đoạn ruột lồng cùng với mạc treo và dẫn tới hậu quả tại chỗ là chảy máu trong lòng ruột, hoại tử khối lồng và các hậu quả toàn thân như trong xoắn ruột.



Hình 2. Tắc ruột do thắt

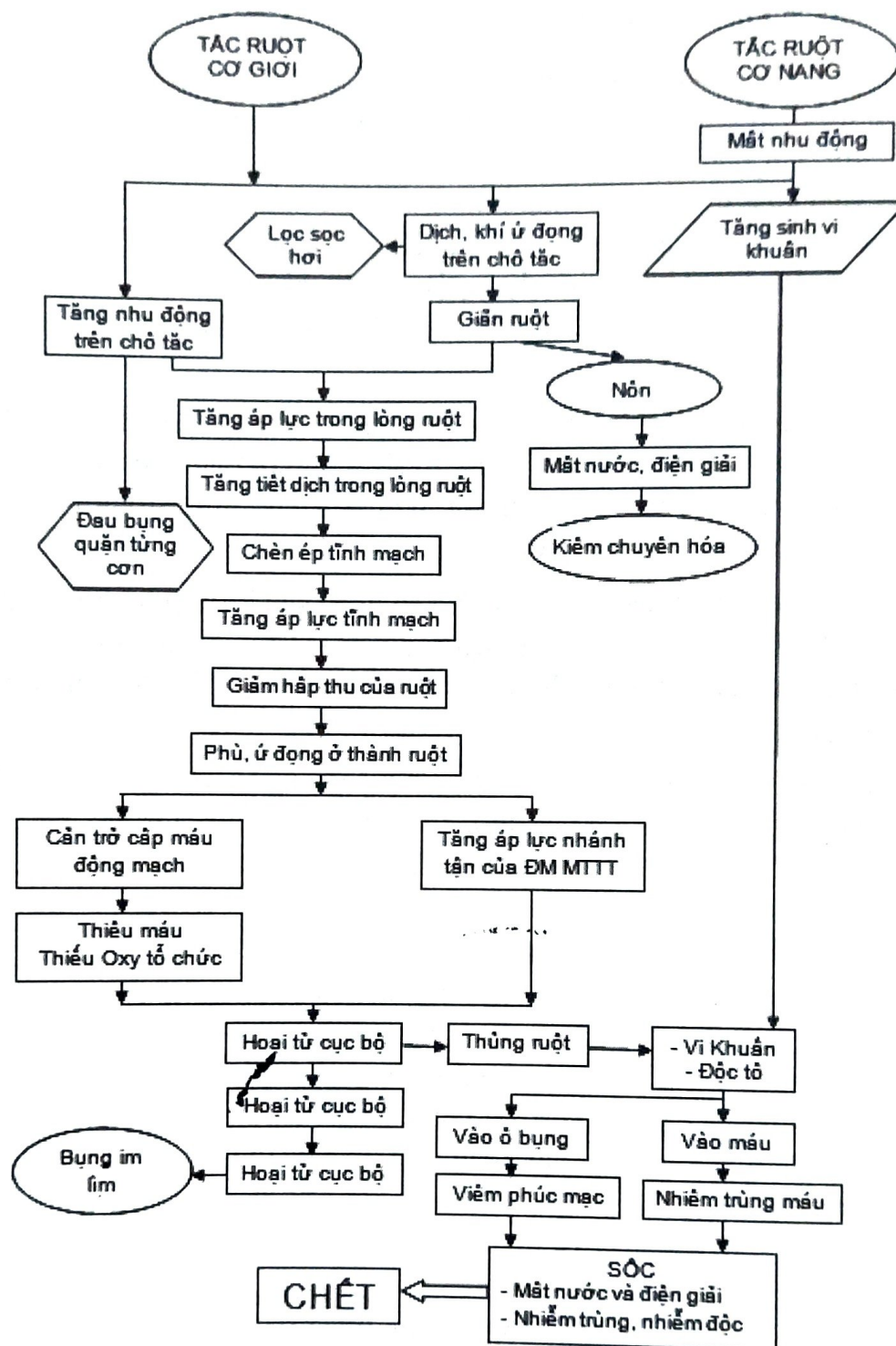
3.2.3. Tắc ruột do liệt ruột

Trong tắc ruột cơ năng do liệt ruột mà các nguyên nhân là các bệnh cấp tính ở ổ bụng, hậu quả tại chỗ và toàn thân thay đổi tùy theo từng nguyên nhân đó. Trong liệt ruột cơ năng do phản xạ, hậu quả của tắc ruột tới toàn thân và tại chỗ diễn ra từ từ và rất muộn. Ruột trương rất sớm và nhiều, trương hơi là chính, ít khi có nôn vì ruột không có nhu động. Lượng dịch ứ đọng trong lòng ruột không nhiều, tổn thương ở thành ruột xảy ra rất muộn và cơ chế tái hấp thu của ruột được bảo tồn lâu hơn. Do vậy, các hậu quả toàn thân và tại chỗ nhẹ và tiến triển chậm hơn.



Hình 3. Hình ảnh tắc ruột cơ năng trên X quang

Có thể hệ thống các rối loạn sinh lý bệnh trong tắc ruột theo sơ đồ 1.



Sơ đồ 1. Sinh lý bệnh trong tắc ruột

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Lâm sàng

Hỏi và thăm khám kỹ càng, cẩn thận thường đủ để chẩn đoán hội chứng tắc ruột. Các thăm khám cận lâm sàng, đặc biệt là X quang chủ yếu để khẳng định thêm và có thể xác định được vị trí tắc ruột, đôi khi là cơ chế và nguyên nhân gây tắc.

4.1.1. Triệu chứng cơ năng

Có ba triệu chứng cơ năng chính:

- Đau bụng: Đau bụng bao giờ cũng là triệu chứng khởi phát của bệnh. Tính chất đau điển hình trong tắc ruột là đau bụng thành cơn. Cơn đau có thể khởi phát từ từ hoặc đột ngột, dữ dội, bắt đầu ở vùng rốn hoặc mạng sườn và nhanh chóng lan tỏa khắp ổ bụng. Hỏi kỹ tính chất đau có thể giúp hướng tới căn nguyên gây tắc. Trong tắc ruột do bít tắc, đau bụng thường thành cơn điển hình, ngoài cơn thấy không đau hoặc đau nhẹ. Trong xoắn ruột, đau bụng khởi phát đột ngột, dữ dội như xoắn vặn, đau liên tục, không thành cơn, lan ra sau lưng hoặc vùng thắt lưng. Người bệnh tìm đủ mọi tư thế để giảm đau nhưng không có hiệu quả.

- Nôn: Xuất hiện đồng thời với cơn đau nhưng không làm cho cơn đau giảm đi. Lúc đầu, nôn ra thức ăn, sau nôn dịch mật, muợn hơn chất nôn có thể giống như phân. Tính chất nôn phụ thuộc chủ yếu vị trí tắc, nôn nhiều và sớm trong tắc ruột cao, nôn muợn hoặc chỉ buồn nôn trong tắc ruột thấp.

- Bí trung, đại tiện: Bí trung tiện có thể có ngay sau khi bệnh khởi phát vài giờ. Bí đại tiện nhiều khi không rõ ràng, trong trường hợp tắc cao có thể thấy còn đại tiện do đào thải các chất bã và phân dưới chỗ tắc. Nhưng dù có đại tiện thì cũng không hết hay giảm cơn đau bụng.

Ngoài ba dấu hiệu trên còn có thể thấy dấu hiệu bụng trướng. Tuy nhiên dấu hiệu này không phải lúc nào cũng có, phụ thuộc vào vị trí tắc như tắc cao người bệnh thấy đầy hơi nhưng bụng xẹp; tắc thấp người bệnh thấy bụng ngày một to thêm...

4.1.2. Triệu chứng toàn thân

Tình trạng toàn thân phụ thuộc trước hết vào cơ chế tắc ruột, vị trí tắc và thời gian tắc. Nếu đến sớm dấu hiệu mất nước và rối loạn các chất điện giải thường không rõ. Nếu đến càng muợn và vị trí tắc càng cao thì dấu hiệu mất nước càng rõ rệt với các triệu chứng khát nước, mắt trũng, môi khô, da nhăn, nước tiểu ít, thậm chí là có dấu hiệu sốc do giảm khối lượng tuần hoàn. Trong xoắn ruột, sốc có thể xuất hiện ngay trong những giờ đầu của bệnh do nhiễm độc.

4.1.3. Triệu chứng thực thể

- Bụng trướng, mềm: Bụng không trướng ngay từ đầu và cũng rất thay đổi. Lúc đầu chỉ trướng ở giữa bụng hoặc ở mạng sườn sau đó trướng tăng dần lên. Trong tắc hồng tràng sát góc Treitz thì bụng không trướng, thậm chí là bụng xẹp. Bụng trướng nhiều trong tắc ruột muợn, trướng dọc khung đại tràng trong tắc đại trực tràng thấp. Trướng đều trong tắc ruột do bít tắc, trướng lệch trong xoắn nghẹt ruột.

- Dấu hiệu quai ruột nổi: Nhìn có thể thấy khối phòng trên thành bụng, sờ nắn có cảm giác căng, bờ rõ, gõ vang. Khi sờ thấy một quai ruột rất căng và đau, không di động (dấu hiệu Von Wahl) là dấu hiệu rất có giá trị để chẩn đoán là tắc do xoắn hoặc nghẹt ruột.

- Dấu hiệu rắn bò: Trong cơn đau thấy quai ruột nổi gồ và di chuyển trên thành bụng. Đây là dấu hiệu đặc trưng nhất của tắc ruột cơ học. Nhưng khi không có dấu hiệu này cũng không loại trừ được tắc ruột.

- Dấu hiệu tiếng réo do di chuyển của hơi và dịch trong lòng ruột cũng là dấu hiệu có giá trị tương đương dấu hiệu rắn bò trong chẩn đoán tắc ruột cơ học.

- Khám bụng đôi khi thấy có phản ứng thành bụng khu trú trên quai ruột bị xoắn nghẹt; gõ vang ở giữa bụng do trướng hơi. Có thể có dấu hiệu gõ đục vùng thấp do có dịch trong ổ bụng.

- Ngoài ra cần thăm khám tỉ mỉ thành bụng và các lỗ thoát vị có thể thấy một số nguyên nhân tắc ruột: khối u đại tràng, u ruột non, khối lồng ruột, búi giun, các thoát vị ở thành bụng nghẹt như thoát vị bẹn - đùi, thoát vị rốn.

- Thăm trực tràng: Bóng trực tràng rỗng. Nếu kết hợp thăm trực tràng và sờ nắn bụng có thể thấy một số nguyên nhân tắc ruột như ung thư trực tràng, khối lồng ruột muộn, khối u đại tràng sigma sa xuống tiểu khung.

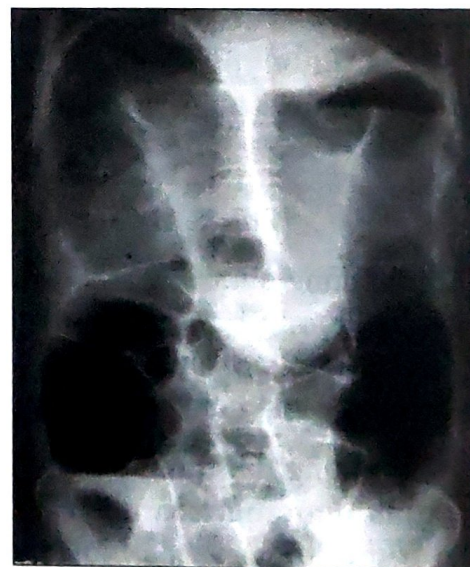
4.2. Cận lâm sàng

4.2.1. Chụp X quang bụng không chuẩn bị

Chụp bụng không chuẩn bị là phương pháp chẩn đoán hình ảnh quan trọng nhất không những để chẩn đoán tắc ruột mà còn giúp xác định vị trí tắc và cơ chế tắc. Chụp bụng không chuẩn bị được thực hiện với các tư thế đứng thẳng, nằm thẳng, nằm nghiêng nếu tình trạng bệnh nhân nặng, không cho phép chụp đứng.



Hình 4. Tắc ruột non trên phim chụp phim chụp bụng không chuẩn bị



Hình 5. Tắc đại tràng trên bụng không chuẩn bị

Các dấu hiệu tắc ruột:

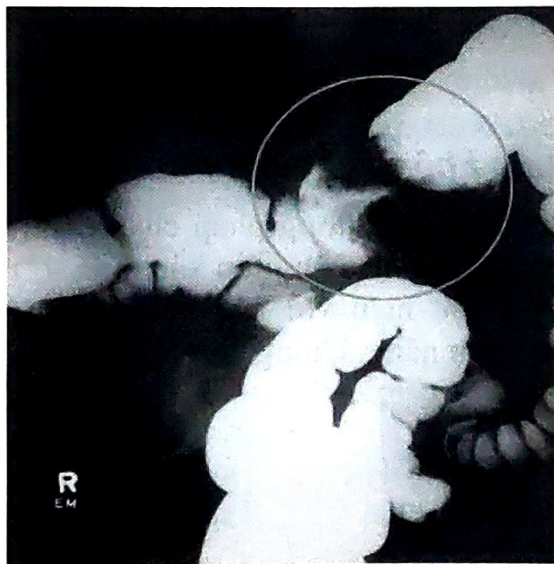
- Dấu hiệu ruột giãn trên chỗ tắc, giãn hơi trên phim chụp nằm và mức nước hơi trên phim chụp đứng hoặc nằm nghiêng.

- Ruột không có hơi ở dưới chỗ tắc, dấu hiệu gợi ý là không thấy hơi ở đại tràng. Bình thường thì trong đại tràng có hơi sinh lý.

- Dựa vào vị trí, số lượng và hình dáng của mức nước - hơi có thể xác định được vị trí tắc ở ruột non hay đại tràng: tắc ruột non có nhiều mức nước - hơi, tập trung ở giữa bụng, kích thước nhỏ, vòm thấp, chân rộng, thành mỏng, có hình các nếp niêm mạc ngang. Tắc đại tràng có ít mức nước - hơi, kích thước lớn, vòm cao, chân hẹp, chứa nhiều hơi hơn dịch, nằm ở rìa của ổ bụng, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột. Nhiều khi rất khó phân biệt là tắc đại tràng hay tắc ruột non, vì khi xoắn ruột non, không còn các van của ruột non và trong tắc đại tràng thường kéo theo giãn của ruột non. Trong tắc ruột do liệt ruột, cả ruột non và đại tràng đều giãn, giãn hơi là chủ yếu, ít khi có mức nước - hơi.

- Dấu hiệu âm tính quan trọng là không có hơi tự do trong ổ bụng.

4.2.2. Chụp đại tràng có thuốc cản quang (hình 6)



Hình 6. U đại tràng ngang trên phim X quang thực barit

Chụp khung đại tràng cản quang chỉ định trong trường hợp lâm sàng nghi ngờ tắc ở đại tràng. Trường hợp manh tràng giãn to hoặc tắc đại tràng có sốt, tốt nhất là chụp khung đại tràng với thuốc cản quang hòa tan trong nước được pha loãng như Gastrografine. Chống chỉ định khi có thủng ruột hoặc nghi có thủng ruột.

Chụp khung đại tràng cản quang trước hết để xác định chính xác vị trí tắc và có thể xác định được nguyên nhân tắc,... Trong xoắn đại tràng Sigma, thuốc cản quang dừng lại ở trực tràng và có hình mỏ chim. Trong tắc đại tràng do u, thuốc cản quang dừng lại ở vị trí u và có hình cắt cụt nham nhở. Trong lồng ruột, X quang có hình đáy chén, hình còng cua.

4.2.3. Siêu âm ổ bụng

Siêu âm ổ bụng thấy có hình ảnh ruột giãn hơi và chứa nhiều dịch do tắc ruột. Một số nghiên cứu còn cho thấy siêu âm ổ bụng có thể xác định được vị trí tắc và nguyên nhân gây tắc như xoắn hoặc nghẹt ruột.

Trong giai đoạn đầu, khi ruột chưa giãn, siêu âm có thể phát hiện được một số nguyên nhân tắc như lồng ruột (hình vòng bia, hình chiếc bánh Sandwich), khối u, các ổ áp xe trong ổ bụng (hình 7).



Hình 7. Lồng ruột trên siêu âm bụng

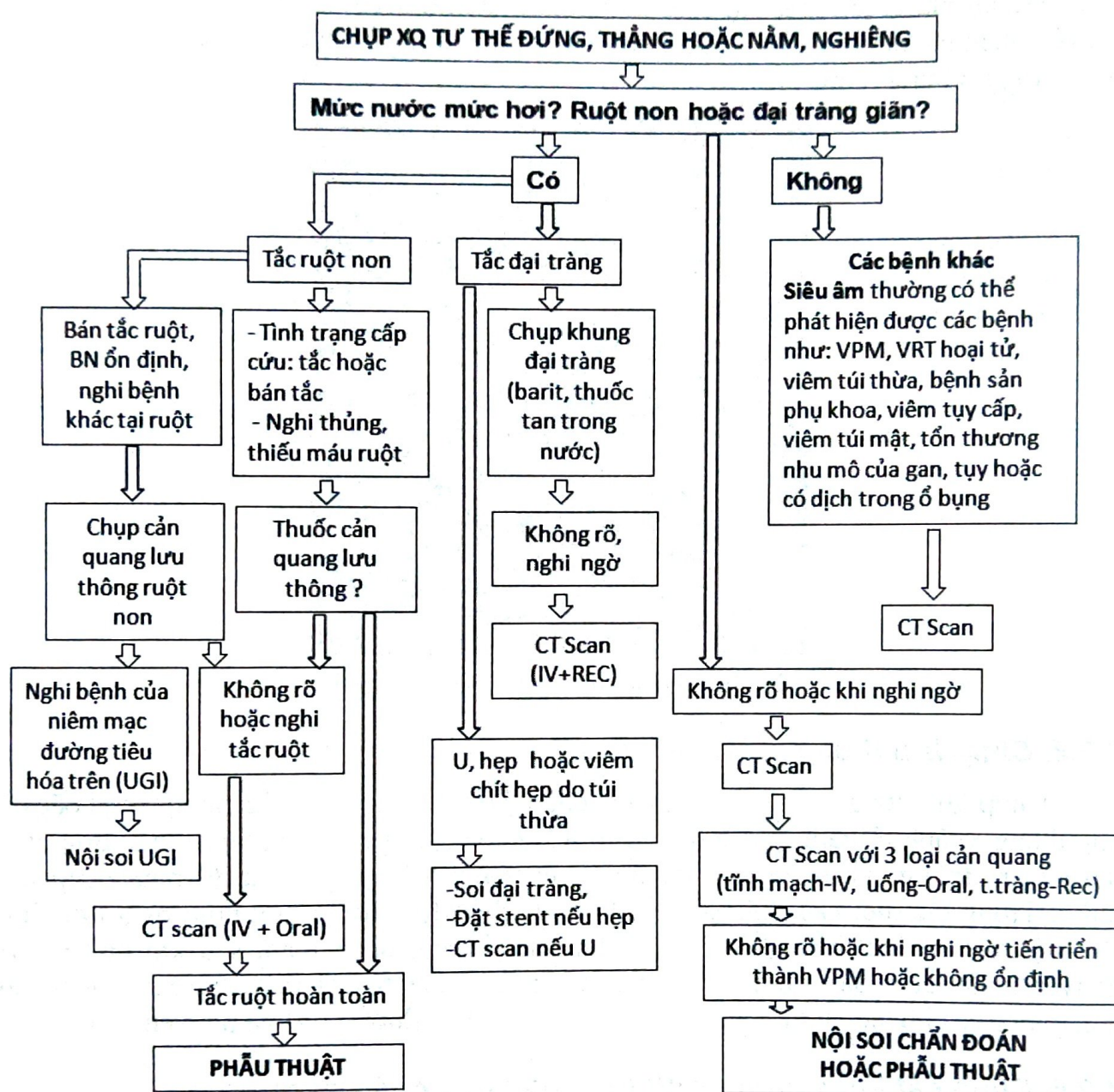
4.2.4. Chụp lưu thông ruột non

Chụp lưu thông ruột non bằng cách cho bệnh nhân uống thuốc cản quang hoặc đặt ống thông xuống tá tràng và bơm 40-100 ml thuốc cản quang hòa tan trong nước, theo dõi sự lưu thông của thuốc cản quang trong vòng 4-24 giờ và cứ 30 phút chụp một phim. Trong tắc ruột cấp tính, chống chỉ định chụp lưu thông ruột non trừ trường hợp tắc ruột sau mổ tái diễn nhiều lần và tắc ruột không hoàn toàn, sau khi đã loại trừ nguyên nhân tắc ở đại tràng. Chụp lưu thông ruột non có thể thấy được các quai ruột non giãn trên chỗ tắc nhưng không xác định chắc chắn được vị trí và nguyên nhân tắc.

4.2.5. Chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ hạt nhân

Những năm gần đây, chụp cắt lớp vi tính (CCLVT) và chụp cộng hưởng từ hạt nhân (CCHT) cũng đã được áp dụng trong chẩn đoán tắc ruột. Hình ảnh ruột giãn, ứ hơi và dịch trong lòng ruột trên CCLVT và CCHT thấy được sớm và đặc hiệu hơn trong chụp X quang bụng không chuẩn bị. Ngoài ra, còn có thể thấy được vị trí tắc (vị trí đoạn ruột giãn và đoạn ruột xẹp), tình trạng tổn thương nặng của thành ruột (thành ruột dày > 3 mm hoặc mỏng < 1 mm) và có thể thấy được một số nguyên nhân tắc ruột do bị tắc như các khối u đường tiêu hóa, khối bã thức ăn, búi giun.

Tuy nhiên, để lựa chọn đúng các thăm dò hình ảnh trên một bệnh nhân cụ thể, bước đầu tiên là cần dựa vào chỉ định chụp X quang bụng không chuẩn bị. Nếu hình ảnh tắc ruột rõ trên X quang thì chỉ định phẫu thuật là cần thiết. Nếu hình ảnh tắc ruột trên X quang có nhưng nghi ngờ, không rõ hoặc không có thì cần lựa chọn các thăm dò khác theo sơ đồ 2 dưới đây:



Sơ đồ 2. Lựa chọn các phương pháp thăm dò hình ảnh

4.2.6. Các xét nghiệm máu và sinh hóa

Các xét nghiệm máu và sinh hóa không có giá trị chẩn đoán mà chủ yếu để đánh giá ảnh hưởng của tắc ruột, đặc biệt là tình trạng rối loạn điện giải, thăng bằng kiềm toan, giúp cho việc điều chỉnh các rối loạn này trong giai đoạn trước, trong và sau mổ.

4.2.6.1. Xét nghiệm máu

Số lượng hồng cầu tăng, hematocrit tăng do mất nước, máu bị cô đặc.

4.2.6.2. Xét nghiệm sinh hóa

- Na^+ : Bình thường hoặc giảm nhẹ, giảm nhiều trong giai đoạn muộn.

- K^+ : Giảm trong giai đoạn sớm, tăng trong giai đoạn muộn.
- Cl^- : Giảm.
- pH: Tăng trong giai đoạn sớm và giảm trong giai đoạn muộn.
- HCO_3^- : Tăng trong giai đoạn sớm và giảm trong giai đoạn muộn.
- Ure, creatinin: Bình thường hoặc tăng nhẹ trong giai đoạn sớm, tăng nhiều trong tắc ruột.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

Đứng trước hội chứng tắc ruột cần thăm khám tỉ mỉ, kỹ càng và có hệ thống để phân biệt tắc ruột cơ học với tắc ruột cơ năng do phản xạ và trước hết là loại trừ các bệnh nội khoa, không phải mổ.

4.3.1. Tắc ruột cơ năng

4.3.1.1. Các bệnh nội khoa

- Con đau quặn thận: Con đau quặn thận do sỏi thường gây ra phản xạ liệt ruột. Đặc điểm của con đau quặn thận là đau ở vùng thắt lưng lan xuống vùng bẹn. Siêu âm và chụp niệu đồ tĩnh mạch giúp chẩn đoán xác định.

- Nhồi máu cơ tim, thể biểu hiện ở bụng: Chẩn đoán xác định dựa vào điện tim và sự tăng cao của các enzym đặc hiệu.

- Con đau quặn gan: Đau dưới sườn phải lan ra sau lưng và vai phải, ít khi có dấu hiệu tắc ruột cơ năng kèm theo.

- Các bệnh nội khoa ít gặp khác như: cường tuyến cận giáp, rối loạn chuyển hóa porphyrin, nhiễm độc chì, giãn dạ dày cấp tính, một số thuốc gây liệt ruột, hạ K^+ máu. Cần gắn kết các triệu chứng đặc trưng của bệnh với thể trạng của bệnh nhân, làm các thăm khám cận lâm sàng phù hợp để chẩn đoán xác định.

- Tắc ruột do liệt ruột: Bụng không đau nhưng trướng nhiều, không có dấu hiệu rắn bờ và nghe bụng thấy im lặng. Tình trạng toàn thân ít thay đổi. Ruột giãn hơi toàn bộ cả ruột non và đại tràng. Trên phim chụp bụng không chuẩn bị, có dấu hiệu bàn cờ, không có mức nước - hơi.

- Viêm tụy cấp: Biểu hiện lâm sàng của viêm tụy cấp là đau dữ dội, liên tục vùng trên rốn, nôn, bụng trướng nhiều và phản ứng thành bụng trên rốn. Dấu hiệu sốt xuất hiện sớm và nặng. Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm amylase máu và nước tiểu, lipase máu và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ.

4.3.1.2. Các bệnh ngoại khoa

Các bệnh ngoại khoa có sốt của ổ bụng như: viêm ruột thừa, viêm phúc mạc toàn thể, viêm phúc mạc khu trú có thể có biểu hiện tắc ruột do phản xạ gây liệt ruột, nhưng thường dễ dàng chẩn đoán (dựa vào bệnh cảnh nhiễm khuẩn và các triệu chứng về thành bụng đặc trưng của từng bệnh).

Nhồi máu mạc treo ruột: Thường xuất hiện trên những bệnh nhân có các bệnh lý tim mạch. Biểu hiện lâm sàng là hội chứng tắc ruột cơ năng với triệu chứng đau khắp bụng liên tục, dữ dội, phản ứng thành bụng và sốc nặng. Siêu âm Doppler mạch máu, chụp cắt lớp ổ bụng giúp chẩn đoán xác định bệnh.

Vỡ phòng động mạch chủ sau phúc mạc: Ngoài dấu hiệu tắc ruột cơ năng, đau bụng thường dữ dội, liên tục kèm tụt huyết áp, nghe bụng có tiếng thổi tâm thu. Chẩn đoán xác định dựa vào siêu âm Doppler mạch và chụp cắt lớp vi tính.

4.3.2. Hội chứng giả tắc ruột Ogilvie

Hội chứng đặc trưng bởi sự giãn cấp tính của manh tràng và đại tràng lên. Cơ chế bệnh sinh vẫn chưa được làm sáng tỏ. Giả thiết cho rằng nguyên nhân là do kích thích giao cảm quá mức (S2-S4) dẫn đến liệt đại tràng xuống và đại tràng sigma. Bệnh thường gặp ở độ tuổi 60, xảy ra sau chấn thương hay mổ vùng chậu hông, nhồi máu cơ tim...

- Lâm sàng: Đau bụng nhưng có sốt, buồn nôn, nôn và có thể bị tiêu chảy.

Chụp X quang bụng không chuẩn bị thấy manh tràng giãn nhưng không tìm được nguyên nhân gây tắc. Khi đường kính ruột lên đến 13 cm thì tỉ lệ thiếu máu nuôi và thủng ruột khoảng 23%.

Điều trị bằng giải áp lực trong lòng ruột bằng nội soi qua hậu môn. Nếu không thành công thì phải mổ bụng để làm xẹp ruột và làm hậu môn nhân tạo.

5. CÁC THỂ LÂM SÀNG

5.1. Thể lâm sàng theo cơ chế tắc

5.1.1. Tắc ruột do bí tắc

- Lâm sàng:

- + Bệnh khởi phát từ từ, đau thành cơn điển hình nhưng không dữ dội, nôn ít.
- + Không có sốc, không sốt, toàn trạng ít bị ảnh hưởng.
- + Bụng trướng đều, thường có dấu hiệu rắn bờ, tiếng ùng ục của hơi và dịch tiêu hóa di chuyển trong lòng ruột trong cơn đau.

- X quang: Trong tắc do bí tắc thường có nhiều mức nước - hơi, xếp thành tầng, tùy vị trí tắc ở đại tràng hay ruột non mà có hình ảnh và cách sắp xếp khác nhau.

+ Tắc ruột non: Có nhiều mức nước - hơi, tập trung ở giữa bụng, kích thước nhỏ, vòm thấp, chân rộng, thành mỏng, sắp xếp từ dưới sườn trái xuống hố chậu phải, có hình các nếp niêm mạc ngang của ruột non.

+ Tắc đại tràng: Có ít mức nước - hơi, kích thước lớn, vòm cao, chân hẹp, chứa nhiều hơi hơn dịch, nằm ở rìa của ổ bụng, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột.

5.1.2. Tắc ruột do thắt nghẹt

- *Lâm sàng*: Bệnh thường khởi phát đột ngột, dữ dội ngay từ cơn đau đầu tiên.
- + Đau bụng dữ dội, liên tục, không có cơn, đau lan ra sau lưng, trước cột sống hoặc xuống vùng xương cùng cụt. Đau làm bệnh nhân vật vã, lo sợ, vã mồ hôi.
- + Nôn nhiều.
- + Tình trạng sốc xuất hiện sớm ngay sau những giờ đầu, sốc ngày càng nặng thêm.
- + Thân nhiệt tăng nhẹ, có phân ly giữa mạch và nhiệt độ.
- + Bụng trương lệch, có thể sờ thấy quai ruột bị nghẹt phồng như quả bóng, căng, không di động và rất đau (dấu hiệu Von Wahl).
- + Không có dấu hiệu rắn bò và bụng im lặng khi nghe.
- + Thăm trực tràng: Douglas phồng và đau do có dịch máu trong phúc mạc.
- *X quang*: chụp bụng không chuẩn bị, hình ảnh tắc ruột do xoắn, nghẹt xuất hiện sớm và đặc trưng bởi một quai ruột duy nhất, giãn to, chứa nhiều dịch, ít hơi, dịch và hơi được ngăn cách bởi một mức ngang, có hình móng ngựa, hai chân của quai ruột không bằng nhau và chụm lại ở một điểm. Tùy vị trí tắc ở đại tràng hay ruột non mà hình ảnh và ảnh hưởng tới đoạn ruột phía trên và dưới có khác nhau:
 - + Ở ruột non, lúc đầu chỉ có một quai ruột giãn duy nhất, cố định trên nhiều phim chụp khác nhau, thành nhẵn, mất các nếp niêm mạc ngang do phù nề và chảy máu ở thành. Muộn hơn, quai ruột có hình ảnh giả u do chứa dịch, không có hơi. Trên chỗ tắc, lúc đầu chỉ có một vài mức nước hơi nhỏ; muộn hơn, có nhiều mức nước hơi, nhất là khi tắc ruột non thấp. Dưới chỗ tắc, khung đại tràng bình thường, tạo ra một khung bao quanh ruột non bị giãn.
 - + Ở đại tràng, tùy đoạn ruột bị xoắn mà có hình ảnh khác nhau. Trong xoắn đại tràng Sigma, trên phim chụp bụng không chuẩn bị thấy một quai ruột đơn độc, giãn to, hình chữ U lộn ngược, chứa nhiều hơi hơn dịch, hai chân chụm lại, đi chéo từ hố chậu trái lên mạng sườn phải, có thể có hai mức nước và hơi trong quai ruột. Chụp cản quang đại tràng, thuốc cản quang dừng lại ở đoạn nối trực tràng và đại tràng Sigma, có hình mỏ chim.
 - + Trong xoắn manh tràng, trên phim X quang bụng không chuẩn bị có hình một quai ruột giãn to, duy nhất chứa hơi, có trục nằm ngang hoặc chéo nằm trước cột sống. Ruột trên chỗ tắc giãn hơi có thể lên tới ruột non. Ruột dưới chỗ tắc xẹp, không có hơi. Chụp cản quang đại tràng cho phép xác định chắc chắn vị trí tắc.

5.2. Thở lâm sàng theo vị trí tắc

5.2.1. Tắc ruột non

- *Lâm sàng*: Tính chất khởi phát và tính chất đau bụng phụ thuộc chủ yếu vào nguyên nhân, cơ chế tắc nhưng nôn thường nhiều và xuất hiện sớm. Bí trung, đại tiện

không rõ trong những giờ đầu, có thể có đại tiện do còn phân dưới chỗ tắc. Bụng trướng quanh rốn, không trướng hoặc xẹp nếu tắc cao sát góc Treitz. Tình trạng mất nước và điện giải xuất hiện sớm và nặng.

- *X quang*: Chụp bụng không chuẩn bị, có nhiều mức nước - hơi, tập trung ở giữa bụng, kích thước nhỏ, vòm thấp, chân rộng, thành mỏng, sắp xếp từ dưới sườn trái xuống hố chậu phải, có hình các nếp niêm mạc ngang của ruột non. Trong trường hợp tắc cao sát góc Treitz, chỉ thấy có một mức nước hơi duy nhất nằm ở dưới sườn trái hoặc trước cột sống.

5.2.2. Tắc đại tràng

- *Lâm sàng*: Bệnh khởi phát thường từ từ, cơn đau nhẹ và thưa hơn. Nôn muộn, có khi chỉ buồn nôn. Bí trung đại tiện xuất hiện sớm. Bụng trướng nhiều, dọc khung đại tràng, trướng toàn bộ nếu tắc muộn. Bụng trướng lệch nếu là xoắn đại tràng. Dấu hiệu mất nước và điện giải thường nhẹ và xuất hiện muộn.

- *X quang*: Bụng không chuẩn bị, có ít mức nước hơi, kích thước lớn, vòm cao, chân hẹp, chứa nhiều hơi hơn dịch, nằm ở rìa của ổ bụng, có các bướu và các rãnh trên bờ ruột. Trong xoắn đại tràng sigma, thấy một quai ruột giãn rất to, có hình chữ U lộn ngược, chân chụm ở hố chậu trái. Chụp cản quang đại tràng cho phép xác định chính xác vị trí và nguyên nhân tắc.

5.3. Thể lâm sàng theo nguyên nhân

Chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột trước mổ là rất quan trọng để tiên lượng và lựa chọn chiến thuật điều trị phù hợp, nhưng thường khó khăn và chủ yếu là chẩn đoán trong mổ trừ một số thể bệnh điển hình.

5.3.1. Nguyên nhân tắc ở ruột non

- *Xoắn nghẹt ruột non*: Ít khi tự phát, thường do dây chằng hoặc các khe, lỗ xuất hiện sau mổ bụng. Bệnh khởi phát đột ngột, dữ dội với tính chất đau bụng điển hình là đau đột ngột, dữ dội như xoắn vặn, liên tục, không thành cơn, khu trú ở một vùng và lan ra sau lưng. Bụng trướng lệch, có phản ứng thành bụng khu trú. Sờ nắn có thể thấy một quai ruột căng, cố định và rất đau. Không có dấu hiệu rắn bò, bụng im lặng khi nghe. Thường có sốt nhẹ và tình trạng sốc xuất hiện ngay những giờ đầu. Các dấu hiệu X quang rất kín đáo, hoặc không có trong những trường hợp nghẹt ruột do các nội thoát vị. Cần chú ý rằng không có dấu hiệu lâm sàng và X quang nào có giá trị tuyệt đối để phân biệt giữa tắc ruột non do thắt nghẹt hoặc do bít tắc.

- *Thoát vị thành bụng nghẹt*: Đứng trước một trường hợp tắc ruột tiên phát, cần khám một cách hệ thống tất cả các lỗ thoát vị ở thành bụng như lỗ thoát vị bẹn, đùi, rốn, đường trắng giữa để xác định xem có phải là thoát vị thành bụng nghẹt không, đặc biệt là các thể thoát vị nằm ở thành bụng, thoát vị đùi ở phụ nữ béo rất dễ bị bỏ sót. Chẩn đoán thoát vị nghẹt thường dễ khi thấy khối thoát vị xuống, không tự lên được, rất đau, đặc biệt khi sờ nắn vào cổ bao thoát vị.

- *Lồng ruột cấp*: Lồng ruột cấp thường gặp ở trẻ còn bú mẹ, bú bầm. Khởi bệnh đột ngột với các triệu chứng trẻ khóc thét từng cơn, bỏ bú, nôn và ỉa ra máu. Khám bụng

thường thấy khối lờng nằm ở dưới sườn phải, trên rốn hoặc dưới sườn trái. Thăm trực tràng có máu. Siêu âm thấy có hình ảnh vòng bia hay chiếc bánh Sandwich. Chụp cản quang đại tràng có hình cang cua, đáy chén.

- *Tắc ruột do giun đũa*: Thường gặp ở trẻ em, các dấu hiệu lâm sàng và X quang điển hình là tắc ruột non do bít tắc. Sờ nắn bụng bao giờ cũng thấy búi giun như bó đũa, chắc, cong theo quai ruột, đau nhẹ. Trên phim chụp X quang, thấy hình búi giun tạo ra các vết dài hoặc lỗ chỗ khi cắt ngang búi giun. Về diễn biến, trong nhiều trường hợp, búi giun lỏng dần ra, bệnh nhân đại tiện được và hết tắc ruột. Do vậy, trong những trường hợp cơn đau nhẹ, bụng trương ít và búi giun lỏng, cần theo dõi cẩn thận để có quyết định đúng đắn.

- *Tắc ruột do khối bã thức ăn*: Thường gặp ở người già, rụng hết răng, những người suy tụy ngoại tiết hoặc đã bị cắt dạ dày. Trước đó, bệnh nhân có ăn thức ăn nhiều xơ (măng, xơ mít) hoặc quả chát (sim, ổi xanh). Dấu hiệu tắc ruột non không điển hình, bụng trương nhiều hay ít phụ thuộc vị trí tắc, có thể vẫn có trung tiện, bệnh có thể tăng giảm từng đợt. Trên phim X quang bụng, có nhiều mức nước hơi ở ruột non nhưng có thể vẫn có hơi ở đại tràng.

- *Tắc do u ruột non*: Bệnh tiến triển từ từ, đôi khi là tắc không hoàn toàn. Tiền sử thường có dấu hiệu Koenig. Có thể sờ thấy khối u chắc nằm ở quanh rốn. Trong trường hợp tắc không hoàn toàn, chụp lưu thông ruột non có giá trị để chẩn đoán.

5.3.2. Nguyên nhân tắc ở đại tràng

- *Tắc ruột do ung thư đại trực tràng*: Hay gặp nhất là tắc ruột do ung thư đại tràng trái, đặc biệt là đoạn đại tràng Sigma, có thể có hoặc không có tiền sử đại tiện nhầy máu và hội chứng bán tắc (hội chứng Duval). Cơn đau bụng thường nhẹ, nôn muợn hoặc chỉ buồn nôn, bụng trương dọc khung đại tràng và ít khi sờ thấy u. Đối với tắc ruột do ung thư đại tràng phải, bệnh cảnh lâm sàng có dáng vẻ của tắc ruột non thấp và thường sờ thấy khối u ở hố chậu phải hoặc mạng sườn phải. Chụp cản quang khung đại tràng thấy có hình cắt cụt nham nhở ở đại tràng có u. Tắc ruột do ung thư trực tràng có biểu hiện lâm sàng giống tắc do ung thư đại tràng trái, nhưng tiền sử thường có hội chứng trực tràng và đại tiện nhầy máu. Thăm trực tràng có thể sờ thấy các khối u cách rìa hậu môn từ 10 cm trở xuống.

- *Xoắn đại tràng sigma*: Gặp ở người trung tuổi trở lên, có tiền sử táo bón và những cơn đau bụng kiểu bán tắc nhưng tự khỏi. Dấu hiệu lâm sàng quan trọng nhất là bụng rất trương và trương lệch, quai ruột giãn căng từ hố chậu trái lên dưới sườn phải, không di động, gõ vang (tam chứng Vol Wahl). Chụp bụng không chuẩn bị thấy có một quai ruột giãn to, hình chữ U lộn ngược, chân chụm lại ở hố chậu trái. Chụp cản quang đại tràng có hình mỏ chim.

- *Xoắn manh tràng*: Nguyên nhân là do đại tràng phải không dính vào thành bụng sau. Thường gặp ở người trẻ, trong tiền sử đã có những cơn đau ở mạng sườn phải và tự khỏi. Cơn đau dữ dội và đột ngột vùng cạnh rốn phải, nôn sớm và nhiều, bí trung đại tiện. Bụng trương lệch ở vùng phía trên bên trái, hình tròn hoặc hình oval. Chụp X quang bụng không chuẩn bị có hình một quai ruột giãn rất to, có mức nước hơi nằm ở dưới sườn trái, ít khi nằm ở giữa bụng.

5.3.3. Tắc ruột sớm sau mổ

Tắc ruột sớm sau mổ là những trường hợp tắc ruột xảy ra trong 4-6 tuần đầu sau các phẫu thuật ổ bụng. Chẩn đoán tắc ruột sớm sau mổ thường gặp khó khăn và cần phải phân biệt ba loại tắc ruột.

- *Tắc ruột cơ học*: Sau phẫu thuật, bệnh nhân đã có trung tiện trở lại. Sau đó các dấu hiệu tắc ruột đột ngột xuất hiện trở lại, nhưng không sốt. Trong trường hợp này, nguyên nhân tắc ruột thường là cơ học do dây chằng hoặc các nội thoát vị hình thành sau mổ.

- *Tắc ruột do liệt ruột sau mổ*: sau mổ 4-5 ngày, bệnh nhân chưa có trung tiện trở lại, bụng trướng nhiều nhưng không đau hoặc đau ít khi sờ nắn, nôn ít hoặc chỉ buồn nôn, không có dấu hiệu rắn bò và im lặng khi nghe bụng, không có dấu hiệu nhiễm khuẩn. Chụp X quang bụng không chuẩn bị thấy ruột giãn toàn bộ (ruột non và cả đại tràng).

- *Tắc ruột do các ổ viêm nhiễm trong ổ bụng*: Sau mổ, bệnh nhân chậm hoặc không có trung tiện trở lại, sốt cao, bụng trướng và đau, cần phải nghĩ đến các biến chứng nhiễm khuẩn trong ổ bụng như viêm phúc mạc, áp xe trong ổ bụng do bụi, xì, rò miệng nối ruột.

6. TIẾN TRIỂN VÀ TIỀN LƯỢNG

Tiến triển và tiên lượng của tắc ruột phụ thuộc trước hết vào cơ chế, vị trí tắc (tắc cao hay tắc thấp) và được can thiệp sớm hay muộn.

Tiên lượng trong tắc ruột do thắt nghẹt phụ thuộc trước hết vào tình trạng thiếu máu của quai ruột bị nghẹt. Trong xoắn ruột non và xoắn đại tràng phải, tổn thương ruột không hồi phục xảy ra sớm sau 6-12 giờ với các dấu hiệu lâm sàng là sốc và phản ứng thành bụng lan tỏa. Điều đó giải thích cho thái độ mổ cấp cứu hết sức khẩn trương mỗi khi nghi ngờ là xoắn ruột. Tiến triển của thiếu máu trong xoắn đại tràng sigma cũng xảy ra tương tự nhưng chậm hơn vì xoắn đại tràng sigma xảy ra từ từ, nhiều khi là xoắn không hoàn toàn và có thể tự tháo xoắn.

Đối với tắc ruột non do bít tắc, diễn biến và tiên lượng phụ thuộc vào hội chứng trên chỗ tắc. Nếu để muộn bệnh cảnh lâm sàng sẽ thay đổi dần: cơn đau giảm dần, nôn nhiều và chất nôn như phân, mạch nhanh dần, khó thở, sốt tăng dần lên, vẻ mặt hốc hác. Bụng xuất hiện dấu hiệu phản ứng và co cứng bụng, không còn tiếng động dịch chuyển của hơi và dịch trong lòng ruột. Sau 24-36 giờ, có thể có dấu hiệu suy thận, suy tuần hoàn, các biến chứng phổi do hít phải dịch nôn. Tại ruột, trong quá trình tiến triển của bệnh có thể xảy ra các biến chứng sau:

- Gây ra xoắn, nghẹt ruột.
- Gây thủng ruột.

Tiên lượng của tắc đại tràng thấp do ung thư phụ thuộc vào tính chất tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn, có phối hợp với áp xe quanh u không, van Bauhin có tự chủ không. Trong trường hợp tắc hoàn toàn, van Bauhin đóng kín, phân và hơi trong đại tràng không trào lên hồi tràng được, đại tràng giãn rất to, áp lực trong đại tràng rất cao

và có thể gây vỡ đại tràng. Khi đường kính của đại tràng trên 9 cm thì nguy cơ vỡ đại tràng là rất cao. Nếu van Bauhin mở ra được, phân và hơi ở đại tràng trào lên hồi tràng làm áp lực của đại tràng giảm xuống và nguy cơ vỡ đại tràng ít và muộn hơn. Trong trường hợp này, những ảnh hưởng tại chỗ và nguy cơ biến chứng vỡ vào ổ bụng cao hơn là những ảnh hưởng đến toàn thân. Trong tắc đại tràng không hoàn toàn, dưới tác dụng của điều trị nội khoa có thể hết tình trạng tắc ruột. Vì vậy, có thời gian để chuẩn bị đại tràng và toàn trạng để mổ cắt đại tràng có kế hoạch.

7. ĐIỀU TRỊ

Khi đã chẩn đoán xác định tắc ruột cơ học hoặc nghi ngờ tắc ruột, cần phải cho bệnh nhân nhập viện để theo dõi, xác định chẩn đoán, làm xét nghiệm đánh giá các ảnh hưởng tại chỗ và toàn thân, hồi sức tích cực và chỉ định mổ để tránh hoại tử ruột.

7.1. Chỉ định

7.1.1. Phẫu thuật

- Tắc ruột cơ giới: Do thắt nghẹt; Tắc ruột cấp (tắc hoàn toàn); Tắc ruột bán cấp (tắc không hoàn toàn).
- Tắc ruột cơ năng do viêm phúc mạc (có sốt).

7.1.2. Điều trị nội khoa

- Tắc ruột do các nguyên nhân nội khoa.
- Một số trường hợp nghi ngờ tắc ruột sau mổ.

7.2. Chuẩn bị bệnh nhân

Hút dạ dày: Đặt ống thông dạ dày để hút nhằm mục đích làm bụng đỡ trướng, làm xẹp dạ dày và ruột trên chỗ tắc, tránh để dịch ứ đọng có thể dẫn tới trào ngược vào đường hô hấp, nhất là lúc khởi mê, thuận lợi cho thao tác lúc mổ. Thường thì đặt ống thông dạ dày qua mũi. Một số trường hợp có thể đặt ống thông dài (kiểu Miller - Abbott) hoặc đặt ống thông xuống hồng tràng qua nội soi để hút dịch ứ đọng trên chỗ tắc.

Điều chỉnh tình trạng mất nước và điện giải: Đặt một vài đường truyền tĩnh mạch lớn để có thể truyền nhanh, trong vài ba giờ đầu phải bù được một nửa lượng dịch thiếu hụt do tắc ruột gây ra. Dịch truyền thường là các loại dung dịch đẳng trương và các chất điện giải, albumin nếu có sẵn. Số lượng dịch truyền phụ thuộc vào mạch, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương và lượng nước tiểu/giờ. Điều chỉnh sự thiếu hụt các chất điện giải phải dựa vào điện giải đồ.

Sử dụng kháng sinh dự phòng, phổ rộng và phối hợp kháng sinh. Công thức thường áp dụng là phối hợp nhóm cephalosporin và metronidazol.

Thời gian hồi sức phụ thuộc vào cơ chế tắc và tình trạng bệnh nhân. Trong tắc ruột cấp tính, chỉ định mổ cấp cứu là tuyệt đối thì thời gian hồi sức trung bình là vài ba giờ. Trong tắc ruột non nghi do thắt nghẹt thì cần phải mổ trước 6 giờ kể từ khi bệnh

khởi phát để tránh hoại tử ruột. Trường hợp tắc ruột do bít tắc, thời gian hồi sức có thể dài hơn.

7.3. Điều trị phẫu thuật

7.3.1. Các bước phẫu thuật

- *Đường mổ*: Thường sử dụng đường mổ giữa trên và dưới rốn, có thể mở rộng lên trên hoặc xuống dưới khi cần thiết. Trong một số trường hợp đặc biệt, có thể sử dụng các đường mổ nhỏ, riêng biệt như chỉ cần làm hậu môn nhân tạo trên u trong tắc ruột do u đại tràng, thoát vị bẹn nghẹt. Có thể mổ nội soi nếu bụng trướng ít và chẩn đoán trước mổ là tắc ruột do dây chằng.

- *Thăm dò tìm nguyên nhân tắc*: Tìm góc hồi manh tràng. Nếu góc hồi manh tràng xếp thì nguyên nhân tắc sẽ nằm ở ruột non. Nếu góc hồi manh tràng không xếp thì nguyên nhân tắc nằm ở đại tràng. Khi ruột quá trướng, khó thăm dò để tìm nguyên nhân thì không nên đưa ruột ra ngoài ổ bụng mà nên nhẹ nhàng dôn dịch và hơi lên dạ dày để hút. Vị trí và nguyên nhân gây tắc nằm ở chỗ nối giữa đoạn ruột phòng và đoạn xếp.

- *Xử trí nguyên nhân*: Tùy nguyên nhân tắc mà có cách xử trí khác nhau. Cắt đoạn ruột hoại tử và nối ngay nếu là tắc ruột non. Cắt và đưa hai đầu ruột ra thành bụng làm hậu môn nhân tạo nếu tắc ở đại tràng hoặc ổ bụng trong tình trạng viêm phúc mạc.

- *Làm xếp ruột*: Làm xếp ruột trước khi đóng thành bụng là cần thiết để hậu phẫu diễn biến thuận lợi. Nếu có cắt hoặc mở ruột thì làm xếp ruột qua chỗ cắt, nếu không thì dôn dịch và hơi lên dạ dày để hút. Không nên mở ruột để làm xếp vì tăng nguy cơ bục chỗ khâu ruột.

7.3.2. Chiến thuật và các phương pháp xử lý cụ thể

Lý tưởng là điều trị tắc ruột và xử trí nguyên nhân tắc trong cùng một lần mổ. Tuy nhiên, không phải trường hợp nào cũng thực hiện được nguyên tắc trên vì còn phụ thuộc vào tình trạng tại chỗ (vị trí tắc, nguyên nhân tắc và mức độ tổn thương của ruột) và tình trạng toàn thân của bệnh nhân.

7.3.2.1. Các nguyên nhân tắc ruột non

- *Do dây chằng*: Cắt dây chằng và gỡ dính ruột. Nếu dây chằng hình thành do ruột thừa hoặc do túi thừa Meckel thì có thể cắt ruột thừa hoặc túi thừa Meckel kèm theo. Cần đánh giá tình trạng của ruột, đặc biệt là chỗ dây chằng đè ép vào có bị xơ hẹp hoặc tổn thương không để quyết định bảo tồn hay cắt ruột kèm theo.

- *Xoắn ruột*: Xoắn ruột thường do dây chằng, giống như là nội garô làm cho ruột hoại tử nhanh chóng. Do vậy, chiến thuật điều trị phụ thuộc vào tình trạng đoạn ruột xoắn. Nếu ruột đã hoại tử đen thì cắt ruột đến chỗ lành (không tháo xoắn), khâu nối ruột ngay. Nếu sau tháo xoắn, ruột hồng trở lại, có nhu động và mạch mạc treo tương ứng đập tốt thì bảo tồn. Trong các trường hợp còn nghi ngờ sau khi tháo xoắn, thì phong bế novocain vào gốc mạc treo, đắp gạc huyết thanh ấm nhiều lần và chờ đợi 15-20 phút để đánh giá sự hồi phục của ruột. Nếu ruột hồi phục trở lại thì bảo tồn, nếu vẫn còn nghi

ngờ thì tốt nhất là cắt ruột và nối lại. Gần đây, việc áp dụng doppler, laser dopler để đánh giá tình trạng của ruột đã làm tăng khả năng bảo tồn ruột trong các trường hợp nghi ngờ.

- Dính ruột: Trong trường hợp dính ít, xu hướng là gỡ dính toàn bộ. Trường hợp dính nhiều, sau khi gỡ dính có thể xếp thứ tự các quai ruột và khâu các quai ruột với nhau (phẫu thuật Noble) hoặc khâu gấp nếp, cố định mạc treo ruột (phẫu thuật ChildsPhillips). Nếu ruột dính nhiều, gỡ dính khó khăn, nguy cơ thủng ruột cao, có thể chỉ xử lý những chỗ ruột bị tắc, hoặc mở thông ruột trên chỗ tắc.

- Thoát vị nghẹt: Đối với các thoát vị ở thành bụng nghẹt, cần chẩn đoán và mổ trước khi có dấu hiệu tắc ruột. Đường mổ thường đi trực tiếp vào khối thoát vị, mở cổ bao thoát vị để đánh giá tình trạng ruột. Nếu ruột tốt thì đẩy vào ổ bụng và khâu phục hồi thành bụng. Nếu ruột hoại tử, đường mổ tại chỗ không đủ rộng để xử lý cắt ruột thì mở thêm đường trắng giữa để xử lý.

Đối với các nội thoát vị nghẹt, chỉ có thể chẩn đoán được trong mổ. Phương pháp mổ cũng bao gồm mở rộng lỗ thoát vị để giải phóng ruột bị nghẹt và làm kín lỗ thoát vị bằng cách khâu trực tiếp hoặc bằng tấm sợi tổng hợp tùy trường hợp. Ruột bị nghẹt có thể cắt hoặc bảo tồn tùy theo tình trạng thương tổn.

- Lòng ruột cấp: Đối với lòng ruột cấp ở trẻ còn bú, đến sớm, chỉ định tháo lòng bằng bơm hơi, thụt baryt hoặc thụt nước, kết quả tốt trên 90%. Mổ cấp cứu nếu trẻ đến muộn, bụng trướng nhiều, tháo lòng không kết quả. Mổ tháo lòng nếu ruột còn tốt, cắt nửa đại tràng nếu ruột đã hoại tử.

Lòng ruột ở người lớn ít gặp và thường do u đại tràng và thể bán cấp. Mổ cấp cứu nếu tắc ruột cấp và xử trí như tắc do u đại tràng.

- Tắc do dị vật:

- + Tắc do giun đũa: Mở ruột để lấy giun, khâu ruột theo chiều ngang.

- + Tắc do bã thức ăn: Kiểm tra toàn bộ từ dạ dày tới góc hồi manh tràng để tránh bỏ sót. Có thể mở ruột lấy hoặc bóp nhẹ làm vỡ khối bã thức ăn và đẩy xuống đại tràng.

- Tắc do u ruột non: Cắt rộng đoạn ruột và mạc treo tương ứng đoạn ruột có u và nối ruột ngay. Nếu không cắt được thì nối tắt.

7.3.2.2. Các nguyên nhân tắc ở đại tràng

- Tắc ở đại tràng phải (u đại tràng, xoắn đại tràng phải): mổ một thì: cắt đại tràng phải và nối hồi - đại tràng ngang ngay, nếu điều kiện tại chỗ và toàn thân cho phép.

- Tắc do ung thư đại tràng trái: mổ hai thì, làm hậu môn nhân tạo phía trên u, cắt đại tràng sau 10-15 ngày. Thái độ này gần như đã được thống nhất. Cắt đại tràng và đưa hai đầu ruột làm hậu môn nhân tạo hoặc phẫu thuật Hartmann (u ở đại tràng sigma), mổ nối lại đại tràng sau 3-4 tháng ít được áp dụng. Cắt đại tràng toàn bộ, gần toàn bộ hoặc cắt và rửa đại tràng để nối ngay còn đang được nghiên cứu.

- Xoắn đại tràng Sigma: nếu đến sớm, đặt ống thông trực tràng để thử tháo xoắn. Nếu tháo xoắn thất bại hoặc bệnh nhân đến muộn, ruột đã hoại tử thì mổ cắt đại tràng theo phẫu thuật Hartmann, nối ruột thì hai.

- Tắc ruột sau mổ: Đối với tắc ruột sớm sau mổ → điều trị nội khoa là chủ yếu, đa số đạt kết quả, mô khi điều trị nội thất bại hoặc có dấu hiệu nghẹt ruột.

- Đối với tắc ruột xa sau mổ: Mổ cấp cứu nếu tắc ruột muộn hoặc có các dấu hiệu nghi xoắn nghẹt ruột như đau dữ dội, sốt, phản ứng thành bụng, sốt, bạch cầu cao. Nếu bệnh nhân không có các dấu hiệu nặng như trên, có thể bắt đầu bằng điều trị nội khoa và theo dõi chặt chẽ, trong quá trình theo dõi nếu các dấu hiệu diễn biến nặng lên thì chuyển mổ cấp cứu.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày các nguyên nhân của tắc ruột?

Câu 2. Hãy trình bày các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của tắc ruột?

Câu 3. Hãy trình bày chẩn đoán tắc ruột thể điển hình và các thể lâm sàng của tắc ruột?

Câu 4. Hãy trình bày nguyên tắc điều trị tắc ruột?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duron JJ. (2003) Pathologie occlusive postopératoire. *J. Chir*, 140, N°6, 235-332.
2. Duron JJ. (2001) Occlusions intestinales aiguës. *Rev. Prat*, 5: 1670-1674.
3. Gignoux M. (1991) Occlusions intestinales. Pathologie chirurgicale, Tome II. Masson, 220-231.
4. Murat J, Bernard J. L, Vaur J. L, Rouleau Ph. (1980) Occlusions intestinales aiguës de l'adulte. *EMC, Paris, Estomac*, 9044A10-9044 C10.
5. Scott Jones R. (1991) Intestinal Obstruction. *Textbook of surgery, 14th edition*, 835-842.
6. Tiret. E. (1998) Quelle est la conduite à tenir en situation d'urgence devant un cancer du colon. Conférence de consensus: prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon. *Gastroenterol. Clin. Biol*, 22 (3Bis): 102-107.
7. Sabiston. (2012) *Textbook of surgery: the Biological basis of modern Surgical Practice*, 19th Edition, Elsevier Saunders, 1236-1254.

VIÊM PHÚC MẠC VÀ CÁC Ổ ÁP XE TRONG Ổ BỤNG

Trần Bảo Long

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- 1. Mô tả được giải phẫu phân chia ổ bụng, các nguyên nhân gây viêm phúc mạc toàn thể và các ổ áp xe trong ổ bụng.*
- 2. Trình bày được các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phúc mạc toàn thể thứ phát và các ổ áp xe trong ổ bụng.*
- 3. Trình bày được nguyên tắc và các phương pháp điều trị viêm phúc mạc toàn thể thứ phát và các ổ áp xe trong ổ bụng.*

NỘI DUNG

1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU, SINH LÝ PHÚC MẠC VÀ BIẾN ĐỔI TRONG VIÊM PHÚC MẠC

1.1. Giải phẫu

- Phúc mạc là lớp thanh mạc bao phủ toàn bộ mặt ngoài các tạng và mặt trong thành bụng, phúc mạc che phủ các tạng gọi là lá tạng và che phủ thành bụng gọi là lá thành. Diện tích của phúc mạc tương đương với diện tích da (ở người trưởng thành khoảng 1,5 - 2 m²). Lá thành và thành bụng cùng chịu sự phân bố thần kinh nên mọi kích thích ở phúc mạc thành dồn lại ở thành bụng tương ứng dẫn đến dấu hiệu đau cố định trên thành bụng.

- Ổ bụng được chia làm hai tầng bởi mạc treo đại tràng ngang:

+ Tầng trên mạc treo đại tràng ngang được giới hạn giữa vòm hoành và mạc treo đại tràng ngang. Tầng này lại được chia làm 2 khoang bởi các dây chằng treo gan và dây chằng tròn. Khoang bên phải lại chia làm 2: vùng dưới hoành phải và dưới gan phải. Vùng dưới gan phải và trước thận phải (khoang Morisson) là nơi thấp nhất khi nằm. Trong viêm phúc mạc mật, thủng ổ loét dạ dày tá tràng lúc đầu dịch đọng ở vùng dưới gan, về sau chảy theo rãnh đại tràng phải xuống hố chậu phải rồi lan ra khắp bụng. Vùng bên trái gồm 2 khoang dưới hoành trái và dưới gan trái, thông với nhau quanh gan trái. Khoang ảo ở mặt sau mạc nối nhỏ, mặt sau dạ dày và mặt trước tụy (hậu cung mạc nối hay túi mạc nối) thông với khoang bên phải qua khe Winslow. Thủng ổ loét dạ dày mặt sau, viêm tụy hoại tử thường đọng dịch ở hậu cung mạc nối.

+ Tầng dưới mạc treo đại tràng ngang hay phần chính của ổ bụng ở vùng này đáng chú ý nhất là túi cùng Douglas, túi này thông thương với rãnh thành đại tràng hai bên và vùng giữa bụng với các ngách giữa các mạc treo và các quai ruột non.

Lưu thông trong ổ bụng: Khi có một lượng dịch từ tầng trên mạc treo đại tràng ngang trong khu vực dưới gan (khoảng Morisson) có thể di chuyển khắp nơi trong ổ bụng. Rãnh thành đại tràng trái chỉ thông với tiểu khung mà không thông thương được với tầng trên vì có dây chằng hoành đại tràng.

- Mạc nối lớn có vai trò quan trọng do phong phú về tế bào, di động dễ dàng khắp ổ bụng và có phân bố mạch phong phú nên có chức năng chống viêm, khu trú tổn thương viêm rất hữu hiệu.

1.2. Sinh lý phúc mạc

Phúc mạc cấu tạo bởi một lớp tế bào trung biểu mô dẹt gắn trên mạng lưới tổ chức liên kết chun, có cấu trúc mạch máu và bạch mạch phong phú, có chức năng bán thấm rất mạnh nên được ứng dụng thẩm phân phúc mạc để lọc máu. Bình thường ổ phúc mạc có chừng 30 ml dịch màu vàng có tỷ trọng 1,016 và lượng protein dưới 30 g/l dưới 300 bạch cầu/mm³ chủ yếu là các đại thực bào. Độ điện giải giống như huyết tương, lượng dịch này giúp cho các tạng di chuyển dễ dàng.

1.3. Sinh lý bệnh của viêm phúc mạc

Khi có tác nhân xâm nhập vào ổ phúc mạc (vi khuẩn, hoá học...), phúc mạc sẽ phản ứng khu trú ổ viêm do tác dụng của mạc nối lớn và các tạng lân cận tác nhân gây viêm. Tác dụng của phản ứng viêm như: tăng tiết dịch, tăng cường đưa máu và các tế bào miễn dịch đến như đại thực bào, lympho bào... tiêu diệt tác nhân viêm. Phúc mạc tăng khả năng hấp thu các sản phẩm của quá trình viêm (dịch, xác vi khuẩn...). Khi phản ứng đủ mạnh, sẽ làm lành tổn thương (ví dụ thủng dạ dày bít...) Khi không đủ làm lành tổn thương mà chỉ khu trú ổ viêm sẽ tạo thành ổ áp xe trong ổ bụng. Khi không ngăn cản được quá trình viêm, nhu động ruột, hoạt động của cơ hoành, mạc nối lớn lại làm tác nhân viêm lan rộng. Các sản phẩm độc do phản ứng viêm tạo ra theo tuần hoàn tới các cơ quan gây suy các cơ quan này (thận, phổi...) làm tình trạng bệnh nhân nặng lên và dẫn tới tử vong, viêm phúc mạc càng muộn, tỷ lệ chết càng cao (2- 20%).

2. VIÊM PHÚC MẠC TOÀN THỂ

2.1. Định nghĩa

Viêm phúc mạc (VPM) là phản ứng viêm cấp tính của phúc mạc với tác nhân viêm (vi khuẩn, hoá học, vật lý...).

2.2. Sinh lý bệnh

2.2.1. Phân loại

- *Viêm phúc mạc tiên phát*: vi khuẩn xâm nhập vào ổ phúc mạc bằng đường máu, bạch huyết, không có tổn thương tạng trong ổ bụng hay thành bụng. Vi khuẩn gây bệnh thường là một loại như phế cầu khuẩn, lậu cầu, lao. Không có nguyên nhân phải điều trị ngoại khoa.

- *Viêm phúc mạc thứ phát*: vi khuẩn xâm nhập vào trong ổ phúc mạc thường qua tổn thương của tạng thông vào ổ bụng như tổn thương ống tiêu hoá bệnh lý hay chấn thương... Nhiều chủng vi khuẩn gây bệnh cả ái khí và yếm khí có mặt trong ổ bụng lần dịch tiêu hóa, mủ... Nguyên nhân này phải điều trị ngoại khoa và là mục tiêu trình bày của bài này.

2.2.2. Ảnh hưởng của viêm phúc mạc

- Phản ứng viêm của phúc mạc dẫn tới: tăng bài xuất dịch vào trong ổ bụng, dịch này gồm nhiều chất điện giải và protein. Lá phúc mạc dày lên do phù nề xung huyết và mất bóng do viêm là nguy cơ của dính, tắc ruột sau này. Viêm phúc mạc dẫn tới ứ trệ dịch trong ống tiêu hóa do liệt ruột, khả năng hấp thu giảm, nôn... nên khối lượng tuần hoàn càng giảm. Đồng thời, do tác động của độc tố vi khuẩn xâm nhập, sản phẩm của quá trình viêm tạo ra... làm ảnh hưởng tới chức năng sống của các cơ quan đích (thận, phổi, tim...).

- *Hệ tuần hoàn*: giảm khối lượng tuần hoàn kết hợp với các yếu tố dẫn mạch, độc tố của vi khuẩn với cơ tim... dẫn tới tình trạng trụy tim mạch, suy tim.

- *Hô hấp*: thể tích khí lưu thông giảm do bụng trương gây cản trở di động của cơ hoành. Mặt khác độc tố do quá trình viêm làm tổn thương chất Surfactant gây nguy cơ phù phổi cấp.

- *Thận*: có thể suy thận cơ năng do giảm khối lượng tuần hoàn, sẽ hồi phục tốt sau bồi phụ khối lượng tuần hoàn. Nếu có tổn thương ống nephron do độc tố của vi khuẩn thì việc điều trị sẽ khó khăn và phức tạp hơn nhiều.

- *Tổn thương khác*: tổn thương gan do giảm khối lượng tuần hoàn, thiếu ô xy trong máu, tan máu do độc tố của vi khuẩn. Suy tế bào gan sẽ xuất hiện với biểu hiện tăng các men gan trong máu, hạ đường máu và rối loạn đông máu.

- *Các biểu hiện khác*: chảy máu đường tiêu hóa hay các rối loạn thần kinh tâm thần do các yếu tố chuyển hóa trung gian vào hệ thống tuần hoàn...

2.3. Chẩn đoán viêm phúc mạc toàn thể thứ phát

Chẩn đoán VPM toàn thể thứ phát dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

2.3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng là dấu hiệu chính bao giờ cũng có. Đau bụng thường xuất hiện tại vị trí tương ứng với tạng bị thương tổn, sau đó lan dần ra khắp ổ bụng. Tính chất đau thường dữ dội, liên tục, có khi đau làm cho người bệnh không dám thở sâu.

- Nôn hay buồn nôn do liệt ruột.

- Bí trung đại tiện hoặc có khi ỉa lỏng.

2.3.2. Triệu chứng toàn thân

Biểu hiện tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc, nhất là đến muộn có thể có sốc nhiễm khuẩn.

Thường có sốt cao liên tục 39-40 C với các cơn rét và nóng. Hơi thở hôi, lưỡi bẩn. Vẻ mặt xanh tái, vã mồ hôi.

- Có thể có các dấu hiệu của sốc nhiễm khuẩn nhiễm độc như mạch nhanh, huyết áp tụt. Bệnh nhân vật vã hay li bì.

2.3.3. Triệu chứng thực thể

- Bụng trương: thường trương đều.
- Tăng cảm giác đau.
- Co cứng thành bụng, nhất là ở vị trí tương ứng với các tạng bị thương tổn: vùng hố chậu phải trong viêm phúc mạc ruột thừa, vùng hạ sườn phải trong viêm phúc mạc mật, vùng thượng vị trong thủng ổ loét dạ dày, tá tràng...
- Cảm ứng phúc mạc: khi đến muộn, bệnh nhân già yếu, trương lực cơ thành bụng kém hay đã dùng thuốc giảm đau mạnh (morphin), thăm khám thấy đau khắp bụng, dấu hiệu cảm ứng phúc mạc (+).
- Gõ đục vùng thấp, khi đến muộn bụng có nhiều dịch. Mất vùng đục trước gan trong các trường hợp thủng tạng rỗng, có nhiều hơi trong ổ bụng, gõ ở tư thế nằm đầu cao (tư thế Fowler).
- Nghe: Không có nhu động ruột.
- Thăm trực tràng hoặc âm đạo: túi cùng Douglas phồng, đau.

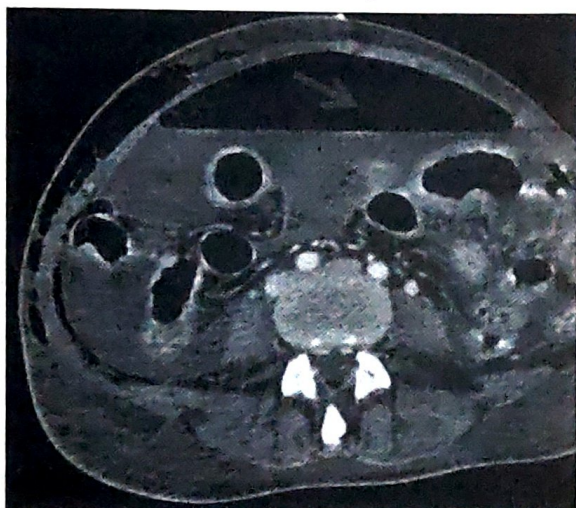
2.3.4. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu và huyết học:
 - + Có tình trạng nhiễm khuẩn: số lượng bạch cầu tăng, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.
 - + Có thể có suy chức năng gan, thận, hô hấp: ure máu cao, creatinine cao, rối loạn điện giải máu và thăng bằng toan - kiềm, độ bão hòa ô xy trong máu động mạch thấp.
- Chụp X quang bụng không chuẩn bị: có thể thấy các dấu hiệu rất có giá trị chẩn đoán như:
 - + Liềm hơi trong các trường hợp thủng tạng rỗng (khoảng 80% trong thủng ổ loét dạ dày tá tràng). Khi khí tự do trong ổ bụng thì chắc chắn là có VPM do thủng tạng rỗng.
 - + Mờ vùng thấp (có dịch trong ổ bụng).
 - + Liệt ruột: các quai ruột giãn, thành các quai ruột dày.
 - + Dày nếp phúc mạc thành bụng bên.
 - + Dấu hiệu Loren (+).
- **Chọc dò ổ bụng:** hút ra dịch đục, mùi. Cần xét nghiệm cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. Tuy nhiên, tỷ lệ âm tính giả cao, làm khó khăn cho theo dõi nên ít được áp dụng.

- **Chọc rửa ổ bụng:** chẩn đoán trong các trường hợp khó và nghi ngờ. Kỹ thuật được tiến hành bằng cách đưa vào túi cùng Douglas qua thành bụng cạnh rốn một catheter, qua đó truyền vào ổ bụng 500ml dịch NaCl 0,9%. Lấy lại dịch đã đưa vào ổ bụng và đánh giá: nếu dịch đục, có thức ăn, mủ... là bằng chứng của viêm phúc mạc. Nếu nghi ngờ, soi dịch: khi > 500 bạch cầu / ml là bằng chứng viêm phúc mạc.

- **Siêu âm:** xác định có dịch, hơi trong ổ bụng. Hoặc có thể phát hiện được nguyên nhân viêm phúc mạc như ổ áp xe gan vỡ, viêm ruột thừa vỡ... Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh đơn giản, rẻ tiền, an toàn và khả năng phát hiện cao nên được chọn là phương pháp đầu tiên để chẩn đoán.

- **Chụp cắt lớp vi tính (CCLVT) ổ bụng:** là phương pháp có độ nhạy cao trong chẩn đoán dịch và khí tự do trong ổ bụng và có thể xác định nguyên nhân viêm phúc mạc, nhất là các trường hợp khó.



Hình 1. Khí và dịch tự do trong ổ bụng trên CCLVT

- **Nội soi ổ bụng:** trong những trường hợp khó chẩn đoán (bệnh nhân đa chấn thương có chấn thương bụng kín và có hôn mê do chấn thương sọ não...), ở cơ sở có trang thiết bị và trình độ phẫu thuật viên cho phép, nội soi ổ bụng rất có giá trị xác định chẩn đoán và có thể đồng thời xử lý nguyên nhân.

2.4. Chẩn đoán nguyên nhân

2.4.1. Viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày tá tràng

- Đau bụng dữ dội, đột ngột vùng thượng vị với tính chất đau như dao đâm.
- Bụng co cứng như gỗ, gõ mất vùng đục trước gan.
- 90% có tiền sử đau thượng vị có chu kỳ.
- Chụp bụng không chuẩn bị có liềm hơi (80%).
- Thể trạng chung trong những giờ đầu thường chưa có thay đổi ở những bệnh nhân không có hẹp môn vị, dấu hiệu nhiễm khuẩn thường xuất hiện sau 6-10 giờ.



Hình 2. Liềm hơi dưới cơ hoành phải

2.4.2. Viêm phúc mạc ruột thừa

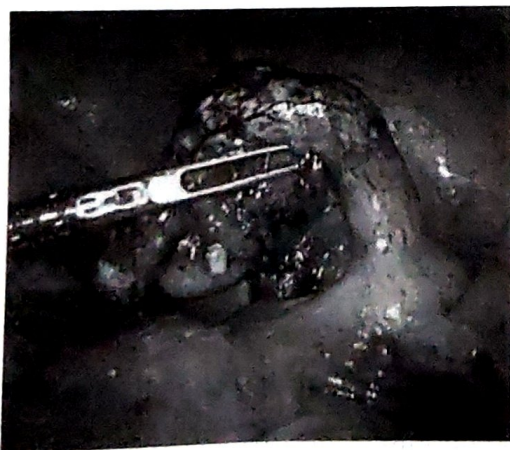
- Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa có thể gặp các thể lâm sàng 1 thì, 2 thì, 3 thì.

+ Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa 1 thì: đau bụng vùng hố chậu phải, thể trạng nhiễm khuẩn vừa sốt $37^{\circ}5-38^{\circ}C$, sau 24-48 giờ đau tăng và lan khắp ổ bụng. Khám có hội chứng viêm phúc mạc, co cứng thành bụng nhất vùng hố chậu phải.

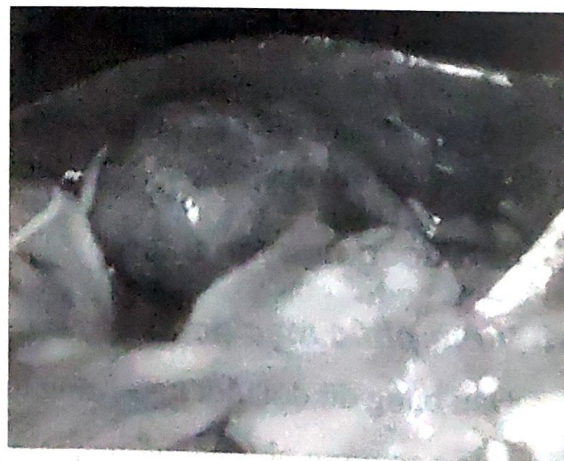
+ Viêm phúc mạc 2 thì, sau biểu hiện viêm ruột thừa có thời gian “khỏi dôi trá”, bệnh nhân hết đau hết sốt sau đó đau trở lại với bệnh cảnh viêm phúc mạc toàn thể.

+ Viêm phúc mạc 3 thì (viêm ruột thừa vỡ tạo thành áp xe ruột thừa, áp xe lại vỡ gây viêm phúc mạc toàn thể).

- Thể điển hình: khởi đầu đau bụng vùng hố chậu phải, thể trạng nhiễm khuẩn vừa, sốt $37^{\circ}5-38^{\circ}C$. Sau 24-48 giờ đau tăng và lan khắp ổ bụng. Khám có hội chứng viêm phúc mạc, co cứng thành bụng nhất là vùng hố chậu phải.



Hình 3a. Viêm phúc mạc do viêm ruột thừa hoại tử



Hình 3b. Viêm phúc mạc do viêm túi mật hoại tử

2.4.3. Viêm phúc mạc mật:

Bệnh nhân có thể có tiền sử đau, sốt, vàng da nhiều đợt, đợt này biểu hiện:

- Triệu chứng cơ năng: đau bụng vùng hạ sườn phải, sốt, vàng da, sau đó đau tăng và lan ra khắp ổ bụng. Có thể có nôn và bí trung, đại tiện.

- Triệu chứng toàn thân: có biểu hiện tắc mật, nhiễm trùng như: sốt, thờ hời, lưỡi bẩn; Da, niêm mạc vàng.

- Triệu chứng thực thể: bụng trương, có thể thấy gan to, túi mật to, ấn đau khắp bụng nhất là dưới sườn phải. Có dấu hiệu phản ứng thành bụng hay cảm ứng phúc mạc, dấu hiệu co cứng thành bụng ít gặp hơn so với thủng tạng rỗng, nhất là trong những giờ đầu. Thăm trực tràng hay âm đạo: túi cùng Douglas phồng đau.

- Cận lâm sàng

+ Chụp bụng không chuẩn bị: bóng gan to và dấu hiệu của viêm phúc mạc: ở vùng thấp, các quai ruột giãn, thành các quai ruột dày, dày nếp phúc mạc thành bụng bên, dấu hiệu Loren (+).

+ Xét nghiệm biểu hiện: tắc mật (bilirubin tăng) và nhiễm khuẩn. Chú ý tìm dấu hiệu của rối loạn chức năng gan, thận ... vv

- Siêu âm ổ bụng: thường thấy đường mật giãn do sỏi đường mật, có dịch tự do trong ổ bụng, có thể thấy hình ảnh viêm túi mật hoại tử vv ...

2.4.4. Viêm phúc mạc do ung thư đại tràng vỡ

- Triệu chứng cơ năng: có thể có dấu hiệu bán tắc ruột (hội chứng Koenig) hay rối loạn phân nhũ ỉa máu, mũi nhầy, mót rặn. Đau bụng đột ngột dữ dội, ở một vị trí trên khung đại tràng rồi lan ra khắp bụng.

- Triệu chứng toàn thân: biểu hiện nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng.

- Triệu chứng thực thể: khám bụng có dấu hiệu co cứng thành bụng hoặc cảm ứng phúc mạc. Có thể sờ thấy khối u. Thăm trực tràng thấy túi cùng Douglas phồng đau, có thể thấy u trực tràng.

- Chụp cắt lớp vi tính: có thể thấy u đại trực tràng, khí và dịch trong ổ bụng.

2.4.5. Viêm phúc mạc do áp xe gan vỡ

- Triệu chứng cơ năng: đau vùng hạ sườn phải trước đó vài ngày, đột ngột đau tăng lên rồi lan ra khắp ổ bụng.

- Triệu chứng toàn thân: biểu hiện của nhiễm khuẩn, thường có trụy mạch thoáng qua kéo dài chừng 20-30 phút.

- Triệu chứng thực thể: gan to, túi mật không to. Bụng đau và co cứng thành bụng nhất là dưới sườn phải.

- Chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, chụp cắt lớp vi tính): Hình ảnh áp xe gan vỡ, dịch ổ bụng không đồng nhất. Có thể có dịch màng phổi.

2.4.6. Viêm phúc mạc do viêm phần phụ

- Thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.

- Đau hạ vị và hai hố chậu.
- Ra nhiều khí hư.
- Thăm khám: bụng có co cứng hay cảm ứng phúc mạc, đau chủ yếu ở hai hố chậu và hạ vị.

Thăm âm đạo: túi cùng phòng, đau, nhiều khí hư theo tay. Chọc dò qua túi cùng sau ra nhiều mủ.

- Siêu âm hay chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh viêm ú mủ vòi trứng, thường cả hai bên. Cần lưu ý hội chứng Fitz-Hugh-Curtis do viêm nhiễm từ tiểu khung (ứ dịch, ú mủ vòi trứng..) lan lên viêm quanh gan gây xơ dính bao gan với phúc mạc. Chụp cắt lớp vi tính rất có giá trị chẩn đoán hội chứng này để quyết định điều trị nội khoa.

2.4.7. Viêm phúc mạc sau mổ

Là biến chứng sau phẫu thuật ổ bụng (thường ở đường tiêu hóa, mật, tiết niệu, tụy). Chẩn đoán thường khó, nhất là những ngày đầu sau mổ do bệnh nhân đau sau mổ và thường dùng thuốc giảm đau và kháng sinh.

- Lâm sàng:

+ Triệu chứng toàn thân: biểu hiện nhiễm khuẩn, nhiễm độc sau mổ: sốt cao, kéo dài sau mổ (trên 75% các trường hợp), một số ít lại hạ thân nhiệt (thường nặng). Nếu muộn, tình trạng nặng như có biểu hiện của sốc (mạch nhanh, tụt huyết áp), suy thận (thiếu niệu hay vô niệu), suy hô hấp (khó thở). Rối loạn tâm thần: vật vã, kích thích, rối loạn hay mất ý thức.

+ Triệu chứng cơ năng và thực thể:

- Rối loạn tiêu hóa: thường có ỉa chảy sau mổ (25-30%).

- Bụng trướng, nôn hoặc dịch ở ống thông dạ dày ra nhiều do liệt ruột. Phản ứng thành bụng ngày càng rõ và xuất hiện cả ở xa vết mổ, khác với những trường hợp sau mổ bụng không biến chứng khác.

- Chảy dịch tiêu hóa, mủ... qua ống dẫn lưu (30-40%).

- Túi cùng Douglas phòng đau.

- Tách vết mổ, đưa ống hút nhỏ về phía thấp của ổ bụng nơi đau hay chọc dò dưới hướng dẫn siêu âm hoặc CT Scanner hút ra dịch mủ, dịch tiêu hóa.

+ Những dấu hiệu khác:

- Siêu âm: Có thể thấy dịch tự do trong ổ bụng, không đồng nhất.

- CT Scanner ổ bụng có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch hay bơm thuốc cản quang tan trong nước vào ống tiêu hóa: có thể thấy nguyên nhân bực, rò ống tiêu hóa chảy dịch vào trong ổ bụng vv....

2.5. Điều trị

2.5.1. Nguyên tắc điều trị

- VPM toàn thể thứ phát là một cấp cứu ngoại khoa phải được chẩn đoán sớm và mổ cấp cứu càng sớm càng tốt để giải quyết nguyên nhân gây viêm phúc mạc, tránh các hậu nặng nề do VPM gây ra.

- Phải hồi sức tích cực cả trước, trong và sau mổ, dự phòng và chống sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng nếu có, gồm:

+ Bồi phụ lại khối lượng tuần hoàn, dựa vào mạch, huyết áp, lưu lượng nước tiểu và áp lực tĩnh mạch trung ương.

+ Điều chỉnh các rối loạn nước và điện giải theo điện giải đồ, điều chỉnh thăng bằng kiềm toan trong máu.

+ Đặt ống thông dạ dày hút cho bớt trướng, giúp hô hấp tốt hơn và chống nguy cơ trào ngược khi khởi mê.

- Điều trị kháng sinh theo nguyên tắc dùng kháng sinh phổ rộng, liều cao, nhạy với cả vi khuẩn ái khí và kỵ khí. Trong một số trường hợp có nhiễm nấm thì phối hợp thuốc chống nấm. Sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ khi có kết quả cấy dịch ổ bụng.

2.5.2. Nguyên tắc điều trị phẫu thuật

- Vô cảm: gây mê nội khí quản.

- Đường mổ phải đủ rộng để xử trí tổn thương và làm sạch ổ bụng (thường đường trắng giữa trên và dưới rốn).

- Tìm và giải quyết nguyên nhân gây VPM: tùy thuộc tạng tổn thương, tình trạng ổ bụng, tình trạng bệnh nhân mà lựa chọn phương pháp xử lý phù hợp.

- Rửa, lau sạch ổ bụng và dẫn lưu hiệu quả tránh dịch ứ đọng sau mổ.

- Đóng bụng một lớp hay đóng cân cơ để da hở.

- Trong những tình huống cụ thể như tình trạng bệnh nhân, tình trạng VPM, tạng thiết bị, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, gây mê hồi sức mà lựa chọn mổ nội soi hay mổ mở. Nhìn chung, phẫu thuật nội soi ngày càng thể hiện các ưu điểm và ngày càng mở rộng chỉ định trong điều trị VPM.

3. ÁP XE TRONG Ổ BỤNG

3.1. Nguyên nhân và phân loại

- Nguyên nhân: tổn thương tạng trong ổ bụng làm dịch, mủ tràn ra ổ bụng nhưng được mạc nối lớn, ruột khu trú lại do sức đề kháng của cơ thể tốt. Nguyên nhân thường gặp là:

+ Bục, rò miệng nối ống tiêu hoá sau mổ.

+ Tồn dư của dịch, mủ trong phẫu thuật ổ bụng do lau không hết hay đặt dẫn lưu không hiệu quả.

+ Tồn thương các tạng được khu trú lại như: áp xe gan vỡ, viêm ruột thừa vỡ...

- Phân loại: áp xe trong ổ bụng được phân làm ba loại:

+ Áp xe dưới hoành: những ổ áp xe nằm trong giới hạn dưới vòm hoành và trên mạc treo đại tràng ngang không kể áp xe gan, áp xe lách.

+ Áp xe trong rãnh mạc treo ruột non.

+ Áp xe túi cùng Douglas.

3.2. Chẩn đoán

3.2.1. Triệu chứng toàn thân

- Biểu hiện hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc. Thường sốt cao dai dẳng kéo dài, nhiệt độ cao 39-40°C có kèm theo rét run. Thở hôi, lưỡi bẩn. Da xanh tái.

- Thể trạng chung suy kiệt.

3.2.2. Triệu chứng cơ năng và thực thể

Tùy theo vị trí của ổ áp xe mà có các biểu hiện khác nhau.

- Áp xe dưới cơ hoành:

+ Đau vùng đáy ngực khi thở làm người bệnh không dám thở sâu, thở nhanh nông.

+ Dấu hiệu kích thích vòm hoành: nấc là dấu hiệu rất có giá trị gợi ý chẩn đoán áp xe dưới hoành.

+ Dấu hiệu muộn: thành ngực hay bụng ngực vùng áp xe có thể nề, gồ lên, khoang gian sườn giãn rộng, ấn đau chói. Có hội chứng tràn dịch màng phổi bên có áp xe.

- Áp xe trong rãnh mạc treo ruột non:

+ Hội chứng bán tắc ruột do khối mủ chèn ép và kích thích, có thể ỉa lỏng.

+ Có thể sờ thấy một khối ở vùng quanh rốn có ranh giới rõ, ít di động và đau. Đây là dấu hiệu rất có giá trị chẩn đoán.

- Áp xe Douglas:

+ Dấu hiệu muộn của các cơ quan lân cận do khối mủ kích thích như:

• Kích thích hệ tiết niệu: đái khó hay đái buốt, rất và có khi bí đái.

• Đặc biệt kích thích vùng hậu môn trực tràng: giai đoạn đầu thường khó và đau khi đại tiện, giai đoạn sau mót rặn và đi ngoài liên tục, phân lẫn mủ nhày như hội chứng lỵ.

+ Thăm trực tràng: có hai dấu hiệu rất có giá trị chẩn đoán là cơ thắt hậu môn nhão và túi cùng Douglas có khối đau chói.

3.2.3. Cận lâm sàng

3.2.3.1. Xét nghiệm huyết học và sinh hóa

Chỉ có giá trị đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn và rối loạn chức năng tạng do nhiễm khuẩn gây nên như: số lượng bạch cầu máu cao 15-20 G/L, chủ yếu là đa nhân trung tính, có thể có dấu hiệu suy thận như ure và creatinin trong máu tăng cao...

3.2.3.2. Chẩn đoán hình ảnh

- X quang chụp bụng không chuẩn bị:

+ Áp xe dưới hoành: có dấu hiệu vòm hoành lên cao, mờ và có mức nước hơi tương ứng với ổ áp xe. Khi có dấu hiệu này cần chụp phim nghiêng xác định vị trí của ổ áp xe ở trước hay sau để lựa chọn đường dẫn lưu phù hợp.

+ Các ổ áp xe trong rỗng mạc treo ruột: hình ảnh mức nước - hơi ở giữa bụng và các quai ruột non giãn xung quanh.

- Siêu âm ổ bụng:

Rất có giá trị chẩn đoán cho tất cả các ổ áp xe trong ổ bụng. Hình ảnh là khối dịch động, có thể không đồng nhất, có vách dày bọc xung quanh. Siêu âm xác định số lượng, vị trí, kích thước ổ áp xe và hướng dẫn cho dẫn lưu hay chọc hút.

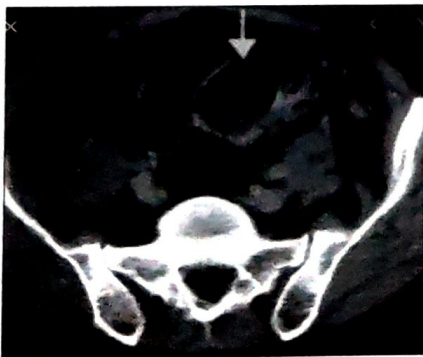


Hình 4. Áp xe dưới hoành phải

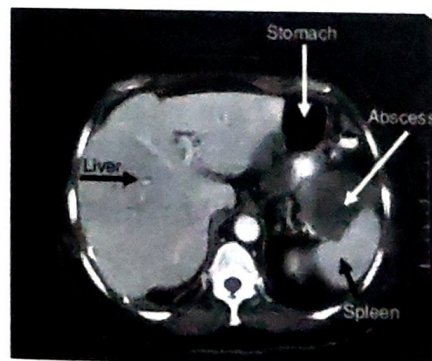


Hình 5. Áp xe Douglas trên siêu âm

- Chụp cắt lớp vi tính (CCLVT): có độ nhạy, độ đặc hiệu cao hơn siêu âm, có thể xác định được một cách toàn diện vị trí, số lượng, nguyên nhân đường tiếp cận ổ áp xe để lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.



Hình 6. Áp xe trong rỗng mạc treo



Hình 7. Áp xe dưới hoành trái

3.2.4. Chọc dò

Trước đây thường được tiến hành trong giai đoạn cuối để xác định chẩn đoán và mở đầu cho điều trị. Hiện nay, chọc dò thường dùng để điều trị dưới hướng dẫn của siêu âm hay CCLVT hoặc chọc dò trước khi chích dẫn lưu ổ áp xe. Chọc ở vị trí gần nhất, đi ngoài ổ phúc mạc và không qua khoang màng phổi. Phải lấy dịch nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ để chọn kháng sinh điều trị.

3.3. Điều trị

3.3.1. Nguyên tắc điều trị

- Áp xe trong ổ bụng là cấp cứu ngoại khoa, cần phải dẫn lưu ổ áp xe càng sớm càng tốt để tránh những biến chứng nặng nề, trong một số trường hợp cụ thể cần phải giải quyết nguyên nhân gây áp xe đồng thời với áp xe.

- Điều chỉnh các rối loạn nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan nếu có: truyền dịch, các dung dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, truyền máu nếu có thiếu máu.

- Hồi sức tích cực dự phòng và điều trị sốc nhiễm trùng, nhiễm độc, suy tạng nếu có.

- Cũng như VPM toàn thể, điều trị kháng sinh theo nguyên tắc dùng kháng sinh phổ rộng, liều cao, nhạy với cả vi khuẩn ái khí và kỵ khí, dùng đường tĩnh mạch, phối hợp thuốc chống nấm nếu có nhiễm nấm. Sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ khi có kết quả cấy dịch ổ bụng.

3.3.2. Các phương pháp điều trị

Tùy theo vị trí, kích thước, số lượng, nguyên nhân, tình trạng bệnh nhân mà lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

3.3.2.1. Dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CCLVT

Chỉ định tốt nhất của dẫn lưu áp xe qua da dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CCLVT là một ổ áp xe đơn độc hoặc có vài ổ áp xe, có đường vào để dẫn lưu. Tỷ lệ thành công của thủ thuật này đạt từ 70-90% trong các ổ áp xe ruột thừa ở hố chậu phải, áp xe do viêm túi thừa đại tràng Sigma ở hố chậu trái, các ổ áp xe ở mạng sườn phải và trái.

Chống chỉ định của thủ thuật này là các ổ áp nằm giữa các quai ruột, không có đường vào; Các ổ áp xe do bọc miệng nổi hoặc có dị vật cần mổ để giải quyết nguyên nhân; Các ổ máu cục nhiễm trùng, áp xe do viêm tụy cấp vì nguy cơ tắc dẫn lưu cao; Các ổ áp xe nhỏ < 3 cm và ở những bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng.

Ngày nay, phương pháp này ngày càng được áp dụng rộng rãi để điều trị các ổ áp xe trong ổ bụng vì các ưu điểm như ít xâm lấn, an toàn, tỷ lệ thành công cao và chỉ cần gây tê tại chỗ.

3.3.2.2. Dẫn lưu áp xe ngoài phúc mạc

Là phương pháp điều trị kinh điển, nguyên tắc dẫn lưu áp xe ngoài phúc mạc và không qua khoang màng phổi. Thủ thuật này ngày nay ít được áp dụng do dẫn lưu qua

da dưới hướng dẫn của siêu âm hay CCLVT có chỉ định tương tự nhưng có nhiều ưu điểm vượt trội so với dẫn lưu ngoài phúc mạc kinh điển.

Về mặt kỹ thuật, cần chọc dò trước để xác định ổ áp xe sau đó mới rạch da và cân cơ thành bụng, đến phúc mạc thì bóc tách tới chỗ ổ áp xe dính vào phúc mạc và rạch vào ổ áp xe, hút mủ và đặt dẫn lưu. Tùy vị trí áp xe mà có các đường rạch khác nhau như đường rạch ở hố chậu phải để dẫn lưu áp xe ruột thừa; Đường rạch dưới bờ sườn phải để dẫn lưu áp xe dưới hoành phải; Đường rạch dưới sườn trái để dẫn lưu áp xe dưới hoành trái. Đối với áp xe túi cùng Douglas thì dẫn lưu qua thành trước trực tràng hoặc thành sau âm đạo ở nữ.

3.3.2.3. *Phẫu thuật*

Chỉ định: phẫu thuật được chỉ định cho những trường hợp dẫn lưu hay chọc hút thất bại, ổ áp xe giữa các quai ruột không có đường vào dẫn lưu, nhiều ổ áp xe trong ổ bụng, cần phải xử lý nguyên nhân như áp xe do bọc miệng nối, dị vật trong ổ áp xe, do khối u...

Về kỹ thuật, mổ mở hoặc mổ nội soi tùy thuộc nguyên nhân, mức độ phức tạp của phẫu thuật, tình trạng bệnh nhân, điều kiện trang thiết bị và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Cần lưu ý là phải biệt lập ổ mủ và hút hết mủ, tránh làm tràn mủ ra ổ bụng tự do, lấy bỏ tổ chức hoại tử và dẫn lưu tốt để tránh áp xe tồn dư sau mổ. Tùy trường hợp có thể phải xử lý nguyên nhân gây áp xe.

3.3.2.4. *Điều trị nội khoa*

Chỉ định điều trị kháng sinh đơn thuần cho các ổ áp xe nhỏ < 2cm, không dẫn lưu dưới siêu âm được; các áp xe đã vỡ ra da hay đã tự rò dẫn lưu vào ống tiêu hóa.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày những đặc điểm giải phẫu sinh lý phúc mạc có liên quan tới viêm phúc mạc và áp xe trong ổ bụng?

Câu 2. Hãy trình bày những biến đổi giải phẫu bệnh và sinh lý bệnh của phúc mạc trong viêm phúc ổ mạc?

Câu 3. Hãy trình bày các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phúc mạc toàn thể thứ phát?

Câu 4. Hãy trình bày một số nguyên nhân thường gặp của viêm phúc mạc toàn thể thứ phát và đặc điểm chẩn đoán?

Câu 5. Hãy trình bày nguyên tắc điều trị viêm phúc mạc toàn thể thứ phát?

Câu 6. Hãy trình bày các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của áp xe trong ổ bụng?

Câu 7. Hãy trình bày nguyên tắc điều trị áp xe trong ổ bụng?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Doklešić SK, Bajec DD, Djukić RV, Bumbaširević V et al (2014), "Secondary peritonitis - evaluation of 204 cases and literature review", *Journal of Medicine and Life* Vol. 7, Issue 2, April-June, pp.132-138.
2. Michael Cotton (1990), "Peritonitis and Intra-abdominal Abscess - Pelvic and Subphrenic ", *Primary Surgery*, Volumes 1 & 2, edited by Maurice King.
3. Turnage RH, Richardson KA, Li BD, McDonald JC (2008), "Abdominal wall, umbilicus, peritoneum, mesenteries, omentum, and retroperitoneum", *Sabiston Textbook of Surgery 18th ed.* WB Saunders, chap 43.
4. Wyers SG, Matthews JB (2010), "Surgical peritonitis and other diseases of the peritoneum, mesentery, omentum, and diaphragm", *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease 9th ed*, Philadelphia, Saunders Elsevier, chap 37.
5. John R. Haag and Dean Nakamoto (2004), *Computed Tomography-guided Drainage of Intra-abdominal Infections*, *Current Infectious Disease Reports*, 6, 105114
6. John E. Mazuski, Jeffrey M. Tessier, Addison K. May et al (2017), *The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection*, *Surgical Infections*, Volume 18, Number 1, 1-76.

UNG THƯ DẠ DÀY

Phạm Đức Huân, Nguyễn Hoàng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được một số yếu tố thuận lợi gây ung thư và phân loại giải phẫu bệnh ung thư biểu mô dạ dày.
2. Trình bày được triệu chứng và chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày.
3. Trình bày được nguyên tắc và các phương pháp chính điều trị ung thư dạ dày.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dạ dày (UTDD) là những ung thư phát triển từ một trong bốn lớp của thành dạ dày. Trên 90% UTDD phát triển từ lớp niêm mạc của dạ dày (ung thư biểu mô tuyến), ngoài ra có thể gặp các loại ung thư khác như ung thư lympho, ung thư cơ trơn, ung thư thần kinh nội tiết, u tế bào đệm, u tế bào vảy hoặc các khối u khác di căn vào dạ dày.

UTDD gồm có rất nhiều loại khác nhau, theo phân chia của Tổ chức Y tế Thế giới, UTDD được chia ra làm hai nhóm chính là ung thư biểu mô và ung thư không thuộc biểu mô (chiếm < 10%). Trong nhóm ung thư biểu mô chiếm trên 90%, gồm có: ung thư biểu mô tuyến (typ ruột và typ lan tỏa), ung thư biểu mô tuyến nhú, ung thư biểu mô tuyến ống, ung thư biểu mô tuyến nhầy, ung thư tế bào nhẵn, ung thư biểu mô tuyến vảy, ung thư tế bào vảy, ung thư tế bào nhỏ, ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa và u carcinoid (u nội tiết biệt hóa cao). Trong nhóm ung thư không thuộc biểu mô gồm có: u thần kinh ác tính, u tế bào hạt, u cuộn mạch, ung thư cơ trơn, u tổ chức đệm, sarcom Kaposi, u lympho ác tính. Ngoài ra còn có ung thư di căn từ nơi khác vào dạ dày.

Mỗi loại UTDD có đặc điểm lâm sàng khác nhau, hình ảnh tổn thương đại thể, vi thể khác nhau, phương pháp chẩn đoán và điều trị khác nhau. Việc lựa chọn phương pháp điều trị là rất quan trọng với thầy thuốc thực hành, phụ thuộc nhiều yếu tố. Do vậy, phạm vi bài viết này chỉ đề cập tới ung thư biểu mô dạ dày.

2. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC

2.1. Tần suất

Tỉ lệ mới mắc UTDD thay đổi tùy theo từng vùng địa dư trên thế giới. Nhật Bản có tỉ lệ mắc mới cao nhất, tiếp theo là Trung Quốc, Nam Mỹ, Đông Âu và Nam Âu, đặc

biệt là Bồ Đào Nha. Tây Âu và Bắc Mỹ là những nước có nguy cơ trung bình, còn ở châu Phi, UTDD có tỷ lệ thấp nhất. Tại khu vực Đông Nam Á. Việt Nam có tỉ lệ mắc UTDD cao nhất, tiếp theo là Singapore, rồi đến Myanmar và Malaysia. Giữa miền Bắc và miền Nam Việt Nam cũng có sự chênh lệch về tỉ lệ mắc. Thống kê cho thấy tỉ lệ mắc UTDD ở khu vực Hà Nội cao hơn gần gấp đôi so với thành phố Hồ Chí Minh.

Tỉ lệ mắc ở nam nhiều hơn nữ (2/1). Ít gặp UTDD ở tuổi trước 40, bệnh gặp nhiều từ trên 50 tuổi và đạt đỉnh cao ở độ tuổi 70. Rất nhiều nghiên cứu điều tra dịch tễ phát hiện thấy tỉ lệ mắc cao thường xảy ra ở tầng lớp dân cư có điều kiện kinh tế xã hội thấp, nguyên nhân có thể còn do nhiều yếu tố phối hợp.

Tại Việt Nam, UTDD đứng hàng thứ hai sau ung thư phổi ở nam và đứng hàng thứ 3 ở nữ sau ung thư cổ tử cung và ung thư vú. Theo ước tính của cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế, năm 2000 có khoảng 876.000 trường hợp UTDD mới mắc, chiếm 8,7% số trường hợp ung thư mới và 647.000 trường hợp tử vong do UTDD, chiếm 10,4% các trường hợp tử vong do ung thư.

2.2. Một số yếu tố nguy cơ

Có nhiều yếu tố nguy cơ gây UTDD, có những yếu tố nguy cơ đã được biết rõ và các yếu tố nguy cơ chưa được khẳng định chắc chắn. Các yếu tố nguy cơ được xếp theo mức độ quan trọng như sau:

- Nhiễm vi khuẩn *Helicobacter - Pylori* (HP) là yếu tố quan trọng nhất. Vi khuẩn gây viêm, loét dẫn tới biến đổi niêm mạc dạ dày và lâu ngày sẽ dẫn tới UTDD. HP là yếu tố nguy cơ cao gây UTDD nhưng không phải tất cả mọi người nhiễm HP đều bị UTDD.

- Thuốc lá là yếu tố nguy cơ UTDD. Càng hút nhiều và thời gian hút càng lâu thì nguy cơ càng cao.

- Tiền sử UTDD gia đình: khi bố mẹ bị UTDD thì con có nguy cơ bị UTDD do vai trò của đột biến gen.

- Các rối loạn gen di truyền: như các hội chứng đa polyp có tính gia đình, hội chứng Lynch, hội chứng Peutz- Jeghers...

- Một số bệnh lý dạ dày: viêm teo mạn tính dạ dày, dị sản ruột, loạn sản ruột, polyp dạ dày, trào ngược dạ dày - thực quản...

- Tiền sử cắt dạ dày do bệnh lành tính, do loét, béo phì...

- Một số nguyên nhân khác như virus *Epstein- Barr*, máu nhóm A, ăn mặn, nghiện rượu, chất Amiant...

3. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH HỌC

Trên 90% UTDD xuất phát từ các biểu mô tuyến của dạ dày. Trên 90% các trường hợp UTDD phát hiện ở giai đoạn tiến triển, chỉ có dưới 10% là ung thư sớm.

3.1. Giải phẫu bệnh đại thể

3.1.1. Ung thư dạ dày sớm

Ung thư dạ dày sớm là ung thư còn khu trú ở niêm mạc và dưới niêm mạc, nhưng có thể đã có di căn hạch. Tiên lượng của UTDD sớm rất tốt, tỷ lệ sống 5 năm > 95%.

Vị trí ung thư gặp nhiều nhất ở 1/3 dưới dạ dày. Kích thước có thể thay đổi từ một vài milimet đến 2-3 cm, thường có nhiều ổ tổn thương nông. Tổn thương đại thể của UTDD sớm được mô tả là khối u hơi nhô lên, tổn thương có thể phẳng, loét nông và xếp thành ba loại:

- Typ 0 - I: thể lồi. Tổn thương nhô cao hai lần bề dày niêm mạc.
- Typ 0 - II: thể phẳng, thể này lại được chia thành ba loại:
 - + Typ 0 - IIa: thể nhô nông. Tổn thương hơi gồ cao so với niêm mạc xung quanh.
 - + Typ 0 - IIb: thể phẳng dẹt. Tổn thương phẳng so với niêm mạc xung quanh.
 - + Typ 0 - IIc: loét nông. Tổn thương lõm nhẹ so với niêm mạc lành.
- Typ 0 - III: loét. Tổn thương là ổ loét rõ.

3.1.2. Ung thư dạ dày tiến triển

Ung thư dạ dày tiến triển là những ung thư đã xâm lấn sâu vào thành dạ dày từ lớp cơ tới thanh mạc và có thể vào các tạng lân cận, di căn xa như gan, phổi, hạch thượng đòn trái, tử cung phần phụ ở phụ nữ, phúc mạc.

Về đại thể, UTDD tiến triển có bốn loại hình thái (theo phân loại của Bormann), gồm:

- Thể sùi: u sùi, bờ không đều, giới hạn rõ.
- Thể loét không thâm nhiễm: ổ loét có bờ cao, ranh giới rõ.
- Thể loét thâm nhiễm: ổ loét bờ cao, ranh giới không rõ.
- Thể thâm nhiễm: khối u làm dày thành dạ dày, cứng chắc, chiếm một phần hoặc toàn bộ dạ dày.

3.2. Giải phẫu bệnh vi thể

Hình ảnh vi thể của UTDD rất đa dạng. Có nhiều cách phân loại, trong đó phân loại của Lauren và của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) là được áp dụng rộng rãi nhất.

3.2.1. Phân loại của Lauren

Ung thư biểu mô tuyến dạ dày chia làm ba loại chính là: ung thư biểu mô dạng ruột, ung thư biểu mô dạng lan tỏa và ung thư dạng hỗn hợp.

3.2.2. Phân loại của WHO (năm 2017), gồm có:

- Ung thư biểu mô tuyến: gồm ung thư biểu mô tuyến nhú; ung thư biểu mô

tuyến ống nhỏ; ung thư biểu mô tuyến nhày; ung thư tế bào nhẵn, ung thư biểu mô tuyến hỗn hợp.

- Ung thư biểu mô tuyến vảy.
- Ung thư biểu mô với mô đệm lympho.
- Ung thư biểu mô dạng tế bào gan.
- Ung thư biểu mô vảy
- Ung thư biểu mô không biệt hóa.
- Ung thư biểu mô thần kinh - nội tiết.

3.2.3. Độ biệt hóa

- Theo WHO, UTDD có ba độ biệt hóa: biệt hóa cao, biệt hóa vừa và biệt hóa thấp.
- Theo Hiệp hội Giải phẫu bệnh Hoa Kỳ, UTDD được chia thành bốn độ biệt hóa: biệt hóa cao, biệt hóa vừa, biệt hóa thấp và không biệt hóa.

4. PHÂN CHIA GIAI ĐOẠN BỆNH

Có nhiều cách phân loại giai đoạn bệnh khác nhau nhưng cách phân loại TNM theo UICC và AJCC được áp dụng rộng rãi. Cách phân giai đoạn theo TMN năm 2017 được trình bày như sau:

4.1. T: U nguyên phát

- Tx: U nguyên phát không đánh giá được.
- T0: Không thấy u nguyên phát.
- Tis: Ung thư khu trú ở lớp biểu mô, chưa xâm lấn lớp cận niêm/ loạn sản nặng.
- T1: Ung thư khu trú ở lớp niêm mạc tới lớp dưới niêm mạc. T1a: Ung thư xâm lấn tới cơ niêm, T1b: Ung thư xâm lấn tới lớp dưới niêm mạc.
- T2: Ung thư xâm lấn đến lớp cơ.
- T3: Ung thư xâm lấn tới lớp dưới thanh mạc.
- T4: Ung thư xâm lấn qua thanh mạc tới tổ chức xung quanh. T4a: Ung thư xâm lấn qua thanh mạc, T4b: Ung thư xâm lấn các cấu trúc xung quanh.

4.2. N: Hạch vùng

- Nx: Không đánh giá được di căn hạch.
- N0: Không có di căn hạch vùng - N1: Di căn 1 - 2 hạch vùng.
- N2: Di căn 3 - 6 hạch vùng.
- N3: Di căn ≥ 7 hạch vùng. N3a: Di căn 7 - 15 hạch vùng, N3b: Di căn ≥ 16 hạch vùng.

4.3. M: Di căn xa

- M0: Không di căn xa.
- M1: Có di căn xa (di căn tạng và hạch xa: hạch sau tụy, hạch mạch treo, hạch cạnh động mạch chủ, hạch thượng đòn).

4.4. Giai đoạn bệnh

- Giai đoạn 0: TisN0M0.
- Giai đoạn I: Ia (T1N0M0); Ib (T1N1M0, T2N0M0).
Giai đoạn II: IIa (T1N2M0, T2N1M0, T3N0M0); IIB (T1N3aM0, T2N2M0, T3N1M0, T4aN0M0).
- Giai đoạn III: IIIa (T2N3aM0, T3N2M0, T4aN1-2M0, T4bN0M0); IIIB (T1-T2N3bM0, T3N3aM0, T4aN3aM0, T4bN1-2M0, T4aN3aMo, T4bN1-2Mo); IIIC (T3N3bM0, T4aN3bM0, T4bN3a-bM0).
- Giai đoạn IV: T bất kỳ, N bất kỳ, M1.

5. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

5.1. Triệu chứng lâm sàng

5.1.1. Ung thư dạ dày giai đoạn sớm

Trong giai đoạn sớm, bệnh thường không có triệu chứng hoặc triệu chứng mơ hồ và thoáng qua như đau âm ỉ vùng trên rốn, đầy hơi, ăn không tiêu, có cảm giác khó chịu sau khi ăn. Sau đó bệnh nhân thấy chán ăn, mệt mỏi và gầy sút cân. Tuy nhiên với ung thư giai đoạn sớm, các triệu chứng này chỉ gặp ở khoảng 1-2% các trường hợp và chủ yếu gặp ở những bệnh nhân trên 50 tuổi, khám lâm sàng không phát hiện gì đặc biệt.

Chẩn đoán bệnh thường là do khám định kỳ, nội soi tầm soát bệnh hoặc theo dõi chặt chẽ, định kỳ ở những bệnh nhân có nguy cơ cao về UTDD. Tỷ lệ chẩn đoán UTDD sớm ở Việt Nam chỉ đạt < 10%.

5.1.2. Ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển

- Triệu chứng cơ năng: Với UTDD giai đoạn tiến triển triệu chứng cũng không đặc hiệu như đau âm ỉ trên rốn, trướng bụng, đầy hơi, ăn không tiêu, chán ăn, có cảm giác khó chịu sau khi ăn, có khi bệnh nhân tự sờ thấy khối u bụng trên rốn.

- Triệu chứng toàn thân: Bệnh nhân thấy mệt mỏi, sút cân, thiếu máu, có thể có hạch thượng đòn.

- Triệu chứng thực thể: Khám bụng có thể sờ thấy khối u vùng trên rốn, chắc, di động hoặc không di động, có thể có dịch cổ trướng.

5.1.3. Giai đoạn có biến chứng

Muộn hơn, bệnh nhân đến viện vì các biến chứng hoặc di căn xa. Có ba biến chứng thường gặp là:

- Hẹp môn vị: Bệnh nhân có các dấu hiệu đau trên rốn nhất là sau khi ăn, nôn thức ăn cũ, bụng lõm lõng thuyên, lắc có tiếng óc ách khi đói, dấu hiệu Bouveret (+).

- Thủng dạ dày: Đau bụng dữ dội đột ngột như dao đâm, khám thấy bụng cứng như gỗ, gõ mất vùng đục trước gan, trong những giờ đầu toàn trạng chưa thay đổi, sau 12 - 24 giờ có biểu hiện của viêm phúc mạc thực sự do vi khuẩn.

- Chảy máu dạ dày: Bệnh nhân có biểu hiện của chảy máu đường tiêu hóa trên (nôn ra máu, ỉa phân đen). Toàn thân có dấu hiệu mất máu cấp, có thể có trụy mạch và tụt huyết áp nếu mức độ chảy máu nặng.

5.2. Cận lâm sàng

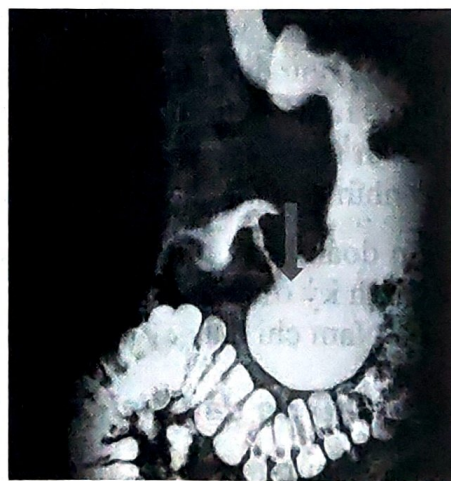
5.2.1. Chụp X quang dạ dày

Trên phim chụp dạ dày có uống thuốc cản quang baryt, UTDD có ba hình ảnh chính là hình khuyết thuốc, hình ổ đọng thuốc và hình thâm nhiễm cứng tương đương với ba hình thái tổn thương đại thể (thể sùi, thể loét và thể thâm nhiễm cứng).

Hình khuyết thuốc: Hình ảnh khuyết thuốc không đều, nham nhở, không thay đổi trên tất cả các phim chụp hàng loạt. Hình ảnh này thường ở vùng hang vị. Nếu khối u choán toàn bộ chu vi vùng hang vị sẽ tạo nên hình ảnh dạ dày bị cắt cụt, hình lõi tảo. Tuy nhiên hình ảnh này cần phân biệt với hình khuyết thuốc vùng thân vị dạ dày do cột sống đè lên hoặc do khối bã thức ăn trong dạ dày hoặc có thể do hình khuyết thuốc do u đầu tụy chèn vào.



A



B

Hình 1. Hình cắt cụt (A); Hình "lõi tảo" ở hang vị (B)

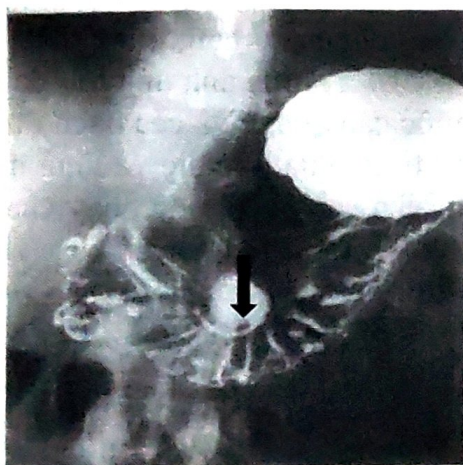
Hình ảnh nhiễm cứng: Tổn thương thâm nhiễm cứng có thể ở một vùng của bờ cong hoặc toàn bộ dạ dày, thâm nhiễm cứng ở một đoạn của bờ cong sẽ cho thấy đoạn bờ cong đó không có sóng nhu động, tồn tại trên tất cả các phim chụp. Thâm nhiễm cứng chiếm hết chu vi ở một đoạn dạ dày, sẽ gây hẹp lòng dạ dày ở vùng đó. Thâm nhiễm cứng ở vùng thân vị sẽ tạo cho dạ dày có hình ảnh dạ dày hai túi. Do hẹp cân đối ở giữa nên dạ dày có dạng chữ "X", nếu ung thư thâm nhiễm cứng thể vòng nhẫn

ở vùng hang vị sẽ tạo cho hang vị có hình "cổ ngỗng". Cần lưu ý phân biệt ung thư nhiễm cứng thể nhân vùng hang vị với hẹp hang vị do viêm xơ hang vị. Trong viêm xơ xơ thấy vẫn còn sóng nhu động của dạ dày.

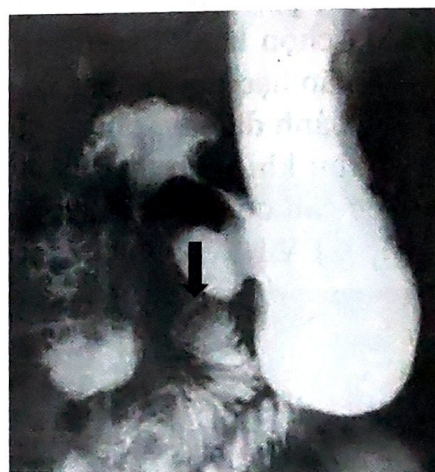
Hình ổ động thuốc: Hình ảnh X quang của ung thư dạ dày thể loét và loét ung thư hoá thể hiện trên phim chụp X quang dạ dày là ổ động thuốc. Khi tổn thương ung thư nằm ở bờ cong nhỏ hoặc bờ cong lớn của dạ dày, trên phim chụp có hình ổ động thuốc và hình quầng sáng không ngấm thuốc xung quanh giống như hình "thấu kính" hoặc hình "chân rết". Các nếp niêm mạc quanh tổn thương thường hội tụ về phía ổ động thuốc. Ổ động thuốc có đáy nhăm nhở hoặc phẳng (ổ động thuốc hình bình nguyên). Trên thực tế các thể ung thư dạ dày nói trên có thể phối hợp với nhau trên cùng một bệnh nhân.



Hình 2. Hình thâm nhiễm cứng



A



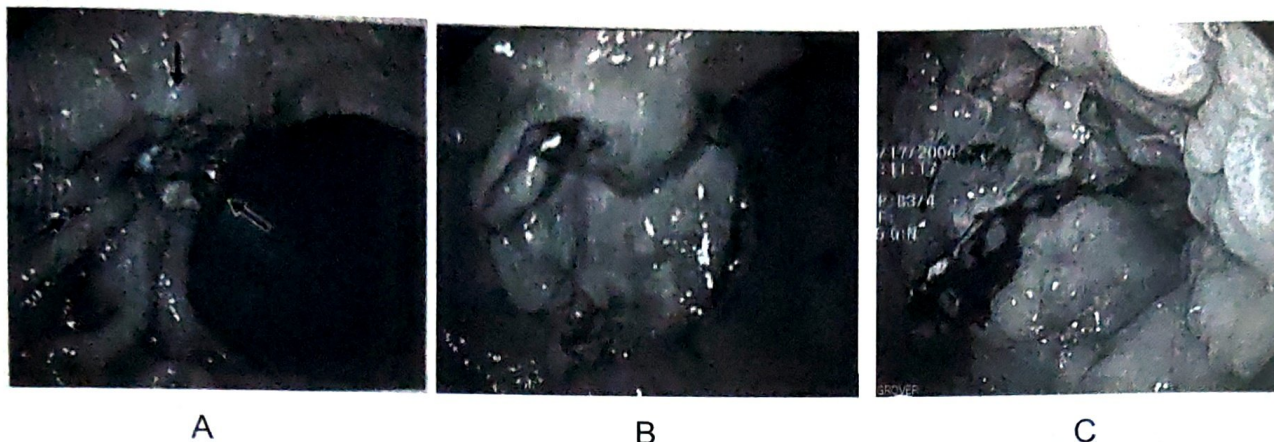
B

Hình 3. Hình ảnh ổ động thuốc trong UTDD

A. Nếp niêm mạc hội tụ quanh ổ động thuốc; B. Hình ảnh ổ động thuốc ở bờ cong lớn

5.2.2. Nội soi dạ dày và sinh thiết

Nội soi dạ dày có thể xác định chính xác vị trí, kích thước, hình thái tổn thương, kể cả các tổn thương ung thư sớm. Nội soi cần phải sinh thiết tổn thương để có chẩn đoán xác định về mô bệnh học. Do vậy, nội soi dạ dày ống mềm và sinh thiết được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán UTDD. Cần sinh thiết ít nhất là bốn mẫu bệnh phẩm ở các vị trí khác nhau của tổn thương. Trong các sinh thiết lần đầu âm tính có thể phải sinh thiết nhiều hơn (8 mẫu). Trong UTDD thể thâm nhiễm cần cắt sâu xuống dưới niêm mạc để lấy bệnh phẩm. Ngày nay, nội soi phóng đại hình ảnh cho phép xác định UTDD ở giai đoạn rất sớm ở vùng niêm mạc biến đổi màu sắc để sinh thiết chính xác tổn thương và để cắt hớt niêm mạc, cắt phẫu tích dưới niêm mạc điều trị.

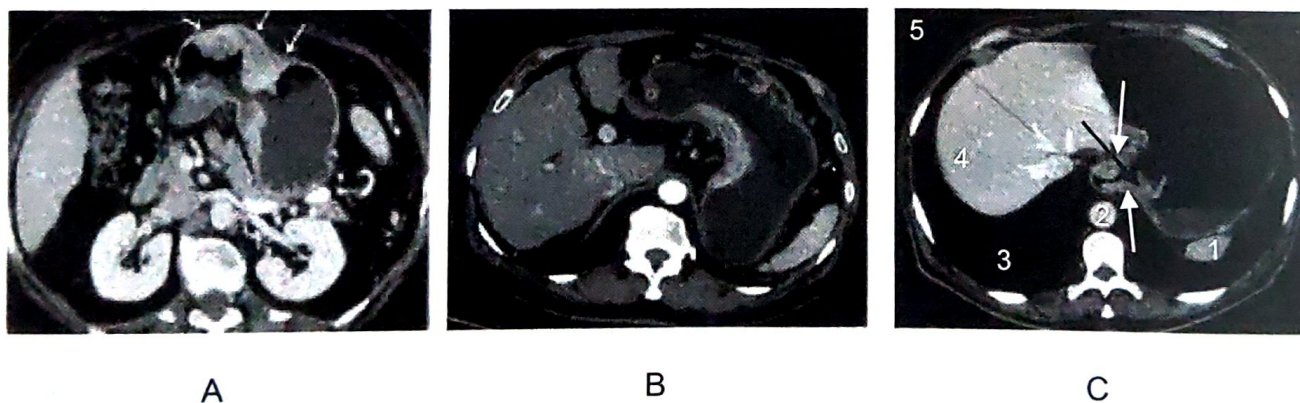


Hình 4. UTDD tiến triển

A. Thở loét; B. Thở u sùi; C. Thở thâm nhiễm

5.2.3. Chụp cắt lớp vi tính

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) bụng có tiêm thuốc cản quang là phương pháp chẩn đoán được lựa chọn hàng đầu trong đánh giá xâm lấn của u với tạng xung quanh, khả năng cắt u, di căn hạch và di căn xa. Trên phim chụp CLVT, hình ảnh ung thư dạ dày là khối làm dày thành dạ dày, tăng tỷ trọng thì tiêm thuốc cản quang và các hạch được coi là di căn ung thư khi kích thước $> 10\text{mm}$, tròn, có tỷ trọng của tổ chức và tăng nhẹ sau khi tiêm thuốc cản quang. Tuy nhiên, khả năng phát hiện hạch vùng, độ nhạy và độ đặc hiệu của chụp CLVT không cao vì kích thước hạch chưa phải là tiêu chuẩn chắc chắn.



Hình 5. Hình ảnh ung thư dạ dày trên CLVT

A. Ung thư thân vị; B. Ung thư bờ cong nhỏ; C. Ung thư tâm vị

5.2.4. Siêu âm nội soi

Hình ảnh UTDD trên siêu âm nội soi (SANS) là khối giảm âm ở thành, tùy mức độ xâm lấn của khối u vào các lớp khác nhau của thành thực quản mà được xếp thành bốn mức độ tương ứng bốn mức độ xâm lấn thành của mô bệnh học. Hạch được coi là hạch di căn khi có các tiêu chuẩn: là khối tròn, giảm tỷ trọng, ranh giới rõ, đường kính $\geq 10\text{mm}$.

SANS được coi là tiêu chuẩn vàng trong việc xác định xâm lấn thành, di căn hạch cạnh dạ dày và xâm lấn vào các tạng lân cận. Hơn nữa, trong một số trường hợp, SANS

có thể phát hiện được các khối di căn phúc mạc, di căn nhỏ ở gan mà các phương tiện chẩn đoán khác không phát hiện được.

SANS tần số cao 20MHz có thể phân biệt chính xác khối u ở niêm mạc và dưới niêm mạc với độ nhạy và đặc hiệu cao tới 90%. Điều đó rất có giá trị để xác định nhóm bệnh nhân cho điều trị triệt căn bằng các phương pháp nội soi cắt niêm mạc hoặc cắt dưới niêm mạc điều trị UTDD sớm.



A

B

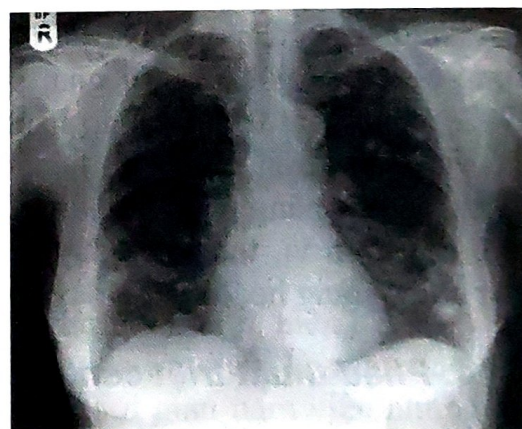
C

Hình 6. Hình ảnh UTDD trên SANS

A. Ung thư T1; B. Ung thư T2; C. Ung thư T3

5.2.5. Chụp phim X quang phổi

Chụp phim X quang phổi có thể thấy dấu hiệu di căn phổi. Dấu hiệu di căn phổi là những hình mờ tròn, có kích thước khác nhau ở hai phế trường (hình thả bóng). Ngoài ra trên phim X quang phổi còn thấy được hình ảnh các bệnh lý phổi hợp khác như: bệnh phổi tắc nghẽn, u tại phổi...



Hình 7. Hình ảnh di căn phổi

5.2.6. Siêu âm ổ bụng

Siêu âm ổ bụng có thể thấy các dấu hiệu gián tiếp của UTDD như dày thành dạ dày hoặc thấy được khối u ở thành dạ dày. Tuy nhiên, mục đích chính của siêu âm ổ bụng là tìm các di căn xa như di căn gan, dịch ổ bụng, khối u di căn buồng trứng...

5.2.7. Chụp PET/CT

PET/CT là phương pháp chẩn đoán dựa vào đặc tính tăng hấp thu FDG (fluorodeoxyglucose) của tế bào ung thư, sự tăng hấp thu FDG cũng xảy ra với tổ chức viêm nhưng thường ít hơn nhiều so với tổ chức ung thư. PET/CT giúp phân biệt các tổn thương lành tính và ác tính, phát hiện di căn hạch, di căn xa, đánh giá đáp ứng với điều trị (hóa trị, xạ trị), phát hiện ung thư tái phát. Đặc biệt PET/CT rất có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn bệnh từ đó đưa ra chiến lược điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Tuy nhiên, PET/CT cũng ít có giá trị trong việc đánh giá giai đoạn bệnh của các ung thư dạ dày loại

chế nhậy. Hơn nữa hạn chế của PET/CT trong ung thư dạ dày là có độ nhạy thấp đối với các khối u kích thước nhỏ, thể mô bệnh học có nhiều thành phần chế nhậy, và sự tăng hấp thu ^{18}F FDG sinh lý ở niêm mạc dạ dày cũng khiến dễ bỏ sót các khối u. Hiện nay, tại Việt Nam, PET/CT là thăm dò có chi phí còn rất cao nên cần được cân nhắc trong từng trường hợp cụ thể.

5.2.8. Nội soi ổ bụng

Nội soi ổ bụng và rửa màng bụng tìm tế bào ung thư là cần thiết trong các trường hợp u lớn, chụp CLVT không khẳng định được khả năng cắt u hoặc ung thư thể lan tỏa để xác định di căn phúc mạc, hoặc xác định các di căn nhỏ ở gan. Khi tìm thấy tế bào ung thư trong ổ bụng là dấu hiệu tiên lượng rất xấu. Soi ổ bụng trong các trường hợp này giúp tránh phải mổ bụng thăm dò không cần thiết cho khoảng 15% các trường hợp.

6. ĐIỀU TRỊ

Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản trong UTDD. Hoá trị, xạ trị, điều trị đích được coi là các phương pháp điều trị bổ trợ để làm tăng khả năng phẫu thuật triệt căn hoặc kéo dài thời gian sống thêm sau mổ. Nội soi cắt niêm mạc hoặc dưới niêm mạc được chỉ định cho các ung thư sớm ở niêm mạc (T1a).

6.1. Phẫu thuật

Trong phẫu thuật UTDD, phẫu thuật triệt căn (R0) là phương pháp điều trị quan trọng nhất để kéo dài thời gian sống cho người bệnh. Theo quy ước của UICC năm 1992, phẫu thuật triệt căn là phẫu thuật cắt hết được tổ chức ung thư về cả đại thể khi mô và vi thể trên mô bệnh học. Trong một số trường hợp, bệnh ở giai đoạn muộn, không có khả năng phẫu thuật triệt căn, nhưng khối u có biến chứng như: chảy máu tiêu hoá, hẹp môn vị, thủng dạ dày... Trong các trường hợp này, các phẫu thuật tạm thời như nối vị tràng hoặc cắt dạ dày không triệt căn được áp dụng để cứu sống người bệnh.

6.1.1. Phẫu thuật triệt căn

6.1.1.1. Nguyên tắc phẫu thuật triệt căn

- Cắt dạ dày đạt được diện cắt R0: Diện cắt cách bờ trên u > 5 cm đối với UTDD thể ruột, và > 8 cm đối với UTDD thể lan tỏa và cần phải sinh thiết tức thì diện cắt đối với thể này. Diện cắt dưới cách môn vị ≥ 1 cm. Đối với ung thư xâm lấn dưới niêm mạc (T1) diện cắt cách bờ khối u là ≥ 2 cm. Nếu UTDD xâm lấn các tạng lân cận thì cắt dạ dày cùng các tạng bị xâm lấn thành một khối, tránh làm vỡ khối u (cắt dạ dày mở rộng).

- Vết hạch D2 là vết hạch chuẩn trong UTDD tiến triển. Đối với UTDD giai đoạn I, vết hạch D1 là đủ.

- Lập lại lưu thông tiêu hóa: Có nhiều cách lập lại lưu thông đường tiêu hóa khác nhau trong phẫu thuật cắt dạ dày như nối kiểu Pean, Finsterer, Omega, kiểu quai ruột chữ Y, trong đó nối kiểu quai ruột chữ Y có xu hướng được áp dụng rộng rãi vì có nhiều ưu điểm.

6.1.1.2. Các phương pháp phẫu thuật

- Cắt dạ dày bán phần cực dưới hoặc cắt dạ dày gần toàn bộ: Chỉ định cho các ung thư hang môn vị thể ruột mà diện cắt trên đạt > 5 cm hoặc thể thâm nhiễm mà diện cắt trên đạt > 8 cm và sinh thiết tức thì diện cắt không còn tế bào ung thư.

- Cắt dạ dày toàn bộ: Chỉ định cho các ung thư ở thân dạ dày, ung thư tâm phình vị và các ung thư thể thâm nhiễm ở hang vị mà diện cắt trên > 8 cm vẫn còn tế bào ung thư. Cắt dạ dày toàn bộ theo nguyên tắc cho mọi vị trí u không còn được áp dụng vì biến chứng phẫu thuật cao hơn cắt dạ dày bán phần, thời gian sống sau mổ không khác nhau nhưng chất lượng cuộc sống xấu hơn.

- Cắt dạ dày bán phần cực trên: Chỉ định cho ung thư tâm phình vị, hiện nay phẫu thuật này ít được áp dụng.

6.1.1.3. Nạo vét hạch trong phẫu thuật ung thư dạ dày

Trong phẫu thuật UTDD có các loại vét hạch D1, D2, D3, D4. Đối với UTDD tiến triển, vét hạch D2 được coi là vét hạch chuẩn (ít nhất là lấy được 25 hạch). Vét hạch D3, D4 chưa chứng minh được lợi ích về điều trị ung thư nhưng làm tăng biến chứng phẫu thuật. Đối với UTDD giai đoạn I vét hạch D1 là đủ (lấy được ít nhất 15 hạch). Các nhóm hạch trong vét hạch D2 thay đổi theo loại phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày hoặc cắt gần toàn bộ dạ dày và cắt bán phần cực dưới dạ dày.

- Nạo vét D2 đối với cắt toàn bộ dạ dày: Lấy toàn bộ các nhóm hạch từ nhóm 1 đến nhóm 12a.

- Nạo vét D2 đối với cắt gần toàn bộ dạ dày hoặc cắt bán phần dạ dày cực dưới: Lấy toàn bộ các nhóm hạch từ 1, 3, 4sd, 4d, 5, 6, 7 (D1) và các nhóm hạch 8a, 9, 11p, 12a.

6.1.1.4. Phẫu thuật cắt dạ dày ít xâm lấn

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt dạ dày điều trị ung thư được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1991. Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày có ưu điểm là giảm đau sau mổ, ít nhiễm khuẩn, thẩm mỹ, nhanh bình phục và giảm thời gian nằm viện nhưng có kết quả ngang bằng với mổ mở về thời gian sống thêm sau mổ nên ngày càng được áp dụng rộng rãi tại các cơ sở chuyên khoa.

Các phẫu thuật cắt dạ dày bằng robot được áp dụng bắt đầu từ năm 2002. Tuy nhiên, phẫu thuật bằng robot chưa thể hiện được ưu điểm so với phẫu thuật nội soi nhưng thời gian mổ dài hơn và giá thành còn quá đắt nên còn ít được áp dụng.

6.1.2. Phẫu thuật tạm thời

6.1.2.1. Chỉ định

Phẫu thuật tạm thời được chỉ định cho các UTDD có biến chứng như hẹp môn vị, chảy máu dạ dày, thủng dạ dày trên bệnh nhân quá già yếu, có bệnh toàn thân kèm theo nặng, có nguy cơ phẫu thuật cao hoặc khối u xâm lấn rộng không có khả năng cắt bỏ hoặc có di căn xa.

6.1.2.2. Các phẫu thuật tạm thời gồm:

- Cắt dạ dày không triệt căn.
- Nối vị tràng.
- Mở thông dạ dày hoặc mở thông hồng tràng nuôi ăn.
- Đặt stent qua khối u.

6.2. Cắt u nội soi

- Chỉ định: Các tổn thương ung thư ở niêm mạc và dưới niêm mạc nông (Sm1) với tổn thương không phải dạng loét, biệt hóa (G1/G2).
- Kỹ thuật: Có hai kỹ thuật cắt là cắt hót niêm mạc và cắt phẫu tích dưới niêm mạc.
- Theo dõi sau cắt nội soi: Nội soi kiểm tra 3 tháng một lần trong năm đầu, 6 tháng 1 lần trong năm thứ 2 và sau đó mỗi năm 1 lần.

6.3. Hóa trị

Hóa trị trước và sau mổ (perioperative chemotherapy): Hoá trị trước và sau mổ thường áp dụng với trường hợp UTDD giai đoạn tiến triển, nguy cơ tái phát cao và khó thực hiện phẫu thuật triệt căn nếu phẫu thuật được lựa chọn đầu tiên. Hoá trị trước mổ nhằm giảm giai đoạn khối u giúp tăng khả năng phẫu thuật triệt căn, giảm tái phát tại chỗ, di căn xa và cải thiện thời gian sống thêm sau mổ, bệnh nhân thường được điều trị ba đợt hoá chất trước mổ sau đó thực hiện phẫu thuật và tiếp tục được điều trị ba đợt sau mổ.

Hoá trị bổ trợ sau mổ: Được chỉ định cho các ung thư có di căn hạch. Hoá trị sau mổ giúp bệnh nhân kéo dài thời gian sống thêm và giảm nguy cơ tái phát sau mổ, cho đến nay chưa có phác đồ nào là tối ưu với UTDD. Công thức hóa chất thường được lựa chọn là phối hợp LV5FU (hoặc cepecirabine) và oxaliplatine (FOLFOX, XELOX).

Hoá trị trong UTDD giai đoạn muộn: Những trường hợp UTDD tiến triển, lan tràn hoặc di căn không có khả năng phẫu thuật triệt căn, hoá trị giúp cải thiện triệu chứng và giảm nhẹ bệnh. Trong những trường hợp này thường áp dụng phác đồ đơn hoá trị (5FU, mitomycin, etoposide, cisplastin) cho tỉ lệ đáp ứng 5-10%.

Điều trị đích: Với các khối u có bộc lộ quá mức HER2. Trastuzumab là kháng thể đơn dòng có tác dụng tấn công và ngăn chặn hoạt tính của HER2 bằng cách ức chế HER2 tiếp xúc với các hạt ở môi trường ngoài và hoạt hóa hệ miễn dịch của cơ thể. Vì vậy Trastuzumab được sử dụng cho các bệnh nhân UTDD ở giai đoạn di căn, điều trị đích thường phối hợp với công thức 5FU - ciplastine - trastuzumab hoặc capecitabine - cisplastine - trastuzumab.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày một số yếu tố thuận lợi gây ung thư và phân loại giải phẫu bệnh ung thư biểu mô dạ dày?

Câu 2. Hãy trình bày triệu chứng và chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày?

Câu 3. Hãy trình bày nguyên tắc và các phương pháp chính điều trị ung thư dạ dày?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội nghiên cứu ung thư dạ dày Nhật Bản (1998), "*Phân loại của Nhật Bản về ung thư biểu mô dạ dày*", Tài liệu khoa ngoại tổng quát bệnh viện Chợ rẫy.
2. Md Bryan J. Dicken, * David L. Bigam, Md, Frcs(C), * Carol Cass, Phd,†, Md John R. Mackey, Frcp(C),† Anil A. Joy, Md, Frcp(C),† And Md Stewart M. Hamilton, Frcs (2005), "*Gastric Adenocarcinoma Review and Considerations for Future Directions*", Annals of Surgery 241(1): tr. 27-39.
3. Y. Adachi, T. Oshiro, T. Okuyama, T. Kamakura, et al (1995), "*A simple classification of lymph node level in gastric carcinoma*", Am J Surg, 169(4): tr. 382-5.
4. H. D. Appelman & E. B. Helwig (1977), "*Sarcomas of the stomach*", Am J Clin Pathol, 67(1): tr. 2-10.
5. H. Appelman & E. B. Helwig (1977), "*Cellular leiomyomas of the stomach in 49 patients*", Arch Pathol Lab Med, 101(7): tr. 373-7.
6. C. Arslan Pagnini & M. Rugge (1982), "*Gastric cancer: problems in histological diagnosis*", Histopathology, 6(4): tr. 391-8.
7. Cuschieri (1986), "*Gastrectomy for gastric cancer: definitions and objectives*", Br J Surg, 73(7): tr. 513-4.
8. M. F. Dixon, I. G. Martin, H. M. Sue-Ling, J. I. Wyatt, et al (1994), "*Goseki grading in gastric cancer: comparison with existing systems of grading and its reproducibility*", Histopathology, 25(4): tr. 309-16.
9. S. Kitano, K. Yasuda & N. Shiraishi (2006), "*Laparoscopic surgical resection for early gastric cancer*", Eur J Gastroenterol Hepatol, 18(8): tr. 855-61.
10. Y. Kodama, K. Sugimachi, K. Soejima, T. Matsusaka, et al (1981), "*Evaluation of extensive lymph node dissection for carcinoma of the stomach*", World J Surg, 5(2): tr. 241-8.
11. J. S. Lim, M. J. Yun, M. J. Kim, W. J. Hyung, et al (2006), "*CT and PET in stomach cancer: preoperative staging and monitoring of response to therapy*", Radiographics, 26(1): tr. 143-56.
12. H. Ohta, Y. Noguchi, K. Takagi, M. Nishi, et al (1987), "*Early gastric carcinoma with special reference to macroscopic classification*", Cancer, 60(5): tr. 1099-106.

13. S. S. Peng, Y. M. Tsang, J. T. Lin, H. H. Wang, et al (1998), "*Radiographic and computed tomographic findings of gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphomas*", J Formos Med Assoc, 97(4): tr. 261-5.
14. Y. Shimada (2004), "*JGCA (The Japan Gastric Cancer Association). Gastric cancer treatment guidelines*", Jpn J Clin Oncol, 34(1): tr. 58.
15. H. Watanabe, M. Enjoji & T. Imai (1976), "*Gastric carcinoma with lymphoid stroma. Its morphologic characteristics and prognostic correlations*", Cancer, 38(1): tr. 23243.
16. Suematsu T Adachi Y, Yasuda K, Shiromizu a, Shiraishi N, Kitano S (1999), "*Clinicopathologic study of gastric cancer based on Dukes' classification*", World J Surg 23(5): tr. 499-502.
17. Jung Hoon Kim Richard M. Gore, And Chiao-Yun Chen (2010), "*PET/CT, and MRI in the management of patients with gastric neoplasms. M. Gore: Gastric Cancer*", Cambridge University Press, 7: tr. 120-170.

UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Phạm Đức Huân, Đỗ Trường Sơn, Quách Văn Kiên

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các đặc điểm dịch tễ học và các yếu tố nguy cơ gây ung thư đại tràng.
2. Trình bày được đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư đại tràng và phân loại giai đoạn bệnh.
3. Trình bày được triệu chứng và chẩn đoán bệnh ung thư đại tràng và cách sàng lọc phát hiện ung thư đại tràng.
4. Trình bày được các nguyên tắc và các phương pháp điều trị ung thư đại tràng.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư đại tràng (UTĐT) là các tổn thương ác tính xuất phát từ các lớp của thành đại tràng từ van Bauhin tới ranh giới giữa đại tràng Sigma và trực tràng, đặc biệt gặp nhiều nhất từ lớp niêm mạc, 95% là ung thư biểu mô tuyến.

Trong những năm gần đây, nhờ những hiểu biết sâu về sinh bệnh học phân tử của UTĐT, những tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán và điều trị. Do vậy, UTĐT đã có cải thiện rất nhiều về thời gian sống thêm sau mổ và là một trong số các bệnh ung thư có nhiều triển vọng trong phòng và chữa bệnh.

2. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC

Tỉ lệ mới mắc và tỉ lệ tử vong của UTĐT thay đổi theo các vùng khác nhau trên thế giới. Tỉ lệ mắc mới cao nhất ở Australia và New Zealand, châu Âu và Bắc Mỹ; thấp nhất là ở châu Phi và Trung - Nam Á. Những sự khác biệt này được cho là do có sự khác biệt trong chế độ, thói quen ăn uống và ảnh hưởng do tiếp xúc môi trường, tác động đến các gen của tế bào. Tỉ lệ mắc mới UTĐT lại gia tăng nhanh ở một số vùng trước đây có nguy cơ thấp như Tây Ban Nha và một số nước Đông Âu và Đông Á.

Tại Việt Nam, theo Globocan, UTĐT là loại ung thư đứng hàng thứ 5 trong số các loại ung thư thường gặp. Hàng năm, số ca mắc mới UTĐT tại Việt Nam là trên 8.700 trường hợp và số tử vong là gần 6.000 người.

Có rất nhiều yếu tố nguy cơ gây UTĐT, trong đó phải kể đến các bệnh tiền ung thư, yếu tố di truyền, yếu tố môi trường.

2.1. Các bệnh lý tiền ung thư

Polyp trực tràng: Nguy cơ ung thư hoá tăng lên theo số lượng, kích thước, mức độ loạn sản và thể mô học của nó. Các polyp dạng nhung mao có nguy cơ cao nhất.

Bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu: Bệnh có nguy cơ ung thư hoá cao (25% sau 20 năm tiến triển của bệnh).

Bệnh Crohn trực tràng: Tỷ lệ ung thư hoá thấp hơn và ít gặp ở Việt Nam.

Các nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa ung thư đại trực tràng với một số yếu tố như tình trạng thực quản ngắn (thực quản Barrett), tiếp xúc với a-mi-ăng, sau mô cắt túi mật, sau mô cắt dạ dày do loét lành tính.

2.2. Yếu tố di truyền

Yếu tố gen có liên quan với ung thư đại, trực tràng, hai loại ung thư đại trực tràng mang tính di truyền (không nằm trong nhóm người có bệnh đa polyp):

- Hội chứng ung thư gia đình (hội chứng Lynch II): Bệnh xuất hiện sớm (20-30 tuổi), ở đoạn đầu của đại tràng (đại tràng phải), và xuất hiện thêm các ung thư biểu mô khác ngoài đại tràng, hay gặp là ung thư nội mạc tử cung.

- Ung thư mang tính di truyền, đặc biệt chỉ gặp ở đại tràng (hội chứng Lynch I): Không kèm ung thư khác ngoài đại tràng.

- Người có quan hệ huyết thống trực tiếp (bố mẹ, con cái) với bệnh nhân ung thư đại trực tràng có nguy cơ bị ung thư cao gấp 2-3 lần hơn bình thường.

- Bệnh polyp đại trực tràng có tính chất gia đình (FAP: Familial Adenomatous Polyposis) là một tổn thương di truyền được biết đến bởi sự hình thành rất nhiều polyp trong đại trực tràng ở trẻ em và trẻ vị thành niên. Nguy cơ ung thư hóa của nhóm bệnh này gần như 100% nếu không được khám định kỳ và điều trị.

2.3. Yếu tố môi trường

- Chế độ ăn có liên quan tới UTĐTT. Chế độ ăn nhiều chất xơ, giảm lượng mỡ, tăng can xi làm giảm nguy cơ mắc bệnh, trong khi đó ăn nhiều thịt đỏ, thức ăn nhanh lại làm tăng khả năng mắc bệnh.

- Quần thể dân cư có mức sống cao thì tỉ lệ mắc ung thư đại trực tràng cao hơn quần thể có mức sống thấp.

- Cuộc sống lành mạnh có thể làm giảm nguy cơ mắc bệnh. Sử dụng thường xuyên thuốc giảm đau NSAID cũng liên quan đến giảm khả năng mắc bệnh. Hút thuốc lá nhiều và uống rượu mạnh cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

3. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH HỌC UNG THƯ ĐẠI TRẺ

Ung thư đại trực tràng trái gặp nhiều hơn đại trực tràng phải. Có thể có hai hoặc nhiều ung thư cùng một lúc ở đại tràng, chiếm khoảng 5%. Có thể xuất hiện ung thư thứ hai sau khi ung thư thứ nhất đã được cắt bỏ một thời gian (2%).

3.1. Giải phẫu bệnh

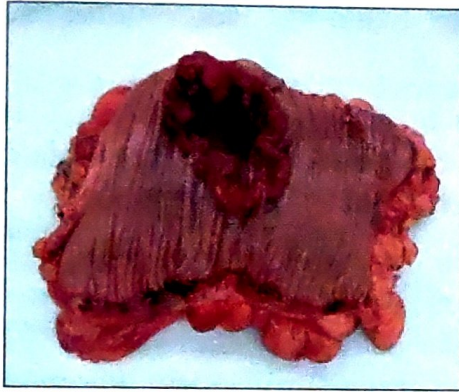
3.1.1. Hình ảnh đại thể

Có ba thể thường gặp:

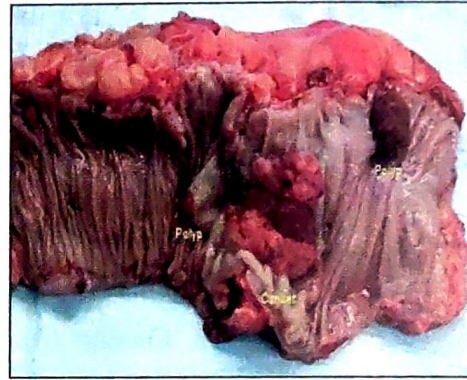
- **Thể sùi:** Thương tổn là một u gồ ghề, không chiếm toàn chu vi lòng đại tràng, bề mặt u dễ chảy máu. Thể này gặp nhiều ở bên đại tràng phải.

- **Thể loét:** Thường kết hợp với thể sùi và có hình ảnh sùi loét, ít khi loét đơn thuần, thường gặp ở đại tràng phải.

- **Thể nhiễm cứng:** U phát triển theo chu vi của lòng đại tràng tạo thành hình nhẫn, gây chít hẹp lòng đại tràng và dễ dẫn đến tắc ruột. Thể này thường gặp ở đại tràng trái.



A



B

Hình 1. Hình ảnh đại thể ung thư đại tràng.

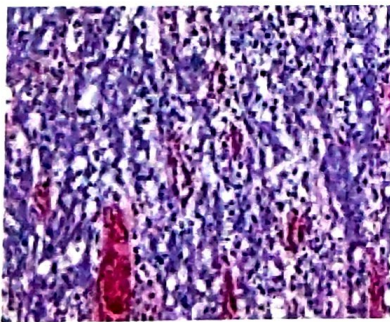
(A): Thể loét sùi; (B): Ung thư trên nền polyp

3.1.2. Hình ảnh vi thể

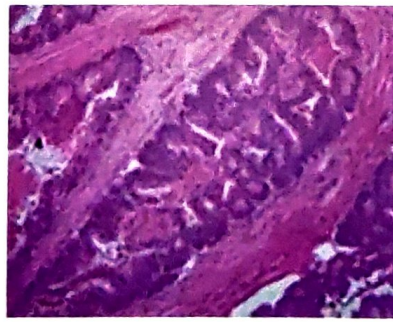
- Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma) chiếm 95% với hai loại là ung thư liên bào trụ, thường biệt hóa cao và ung thư liên bào chế nhày.

- Ung thư mô liên kết rất ít gặp.

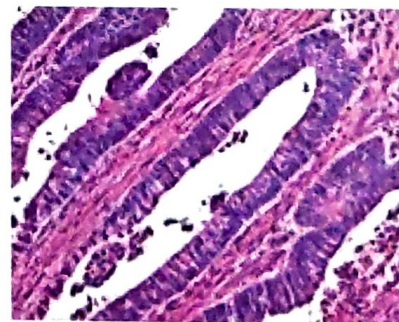
- Mức độ biệt hóa: UTĐT chia ra làm ba mức độ là: biệt hóa cao, biệt hóa vừa và kém biệt hóa.



A



B



C

Hình 2. Hình ảnh vi thể của UTĐT.

A: Biệt hóa kém; B: Biệt hóa vừa; C: Biệt hóa cao.

3.2. Đường di căn, xâm lấn của ung thư

Ung thư đại tràng di căn, xâm lấn theo nhiều đường:

- Đường trực tiếp:

Tại chỗ, ung thư đại tràng phát triển theo mấy hướng sau đây:

+ Theo hình vòng cung, dần dần ôm hết chu vi lòng đại tràng, hay gặp ở đại tràng bên trái. Mất khoảng một năm để khối u xâm lấn 3/4 chu vi lòng ruột.

+ Theo chiều dọc: Lên trên và xuống dưới, hiện tượng phát triển này chủ yếu xảy ra ở lớp dưới niêm mạc, đồng thời xâm lấn vào mạng bạch mạch nằm ở trong thành đại tràng nhưng ít khi vượt quá 2 cm cách rìa u, trừ khi u xâm lấn đồng thời tới các hạch bạch huyết.

+ Theo chiều lan tỏa xung quanh: Đi dần từ niêm mạc ra lớp thanh mạc thành đại tràng, rồi tiếp tục xâm lấn trực tiếp tới các tạng lân cận như gan, bờ cong lớn dạ dày, tá tràng, ruột non, tụy, lách, bàng quang, âm đạo, thận và niệu quản, thành bụng.

- **Đường máu:** U xâm lấn các tĩnh mạch đại tràng rồi theo đường tĩnh mạch cửa về gan, tại đây sinh ra các nhân ung thư di căn. U cũng đi theo các tĩnh mạch đốt sống về phổi và các nơi khác. Di căn tới buồng trứng hầu hết là qua đường máu. U di căn bằng đường tĩnh mạch chiếm khoảng 15%-50% các trường hợp. Do vậy, khi mổ không nên chạm vào khối u nhiều.

- **Đường bạch mạch:** Là hình thái lan tràn thường gặp nhất, đi dọc theo các bạch mạch nằm ngoài thành đại tràng. Trong phẫu thuật triệt căn, phải lấy bỏ hết hệ thống bạch mạch của ung thư. Mức độ xâm lấn hạch ít liên quan đến kích thước khối u, nhưng lại phụ thuộc nhiều vào mức độ biệt hóa của ung thư.

- **Đường màng bụng:** Khi u xâm lấn tới thanh mạc thì các tế bào ung thư có thể rơi vào trong khoang màng bụng và lan tràn khắp nơi trong ổ bụng theo nhịp di động của khoang bụng. Hiện tượng đó giống như gieo hạt. Các tế bào ung thư dính vào phúc mạc, phát triển thành các u to nhỏ khác nhau, rải rác khắp nơi, trông như những hạt kê. Hiện tượng này được gọi là di căn phúc mạc.

- **Di căn theo lòng đại tràng:** Các tế bào ung thư rụng khỏi bề mặt khối u có thể di chuyển lần theo dòng phân. Hiếm khi các tế bào này tự dừng lại và cắm vào bề mặt của niêm mạc lành ở cách xa khối u để tạo ra một u mới, thường chỉ một số tế bào nào đó sau khi tróc ra mà còn đủ điều kiện sinh tồn và vướng vào đường khâu của miệng nối mới có khả năng phát triển thành một u mới.

3.3. Phân chia giai đoạn ung thư đại tràng

Năm 1952, Cuthbert Dukes (1890-1977), nhà giải phẫu bệnh người Anh đã đưa ra một hệ thống phân loại nổi tiếng cho ung thư đại trực tràng. Sau đó, có nhiều hệ thống phân loại khác đã được đề xuất dựa trên cách phân loại của Dukes. Tuy nhiên, phân loại theo TNM được thống nhất chấp nhận. Cách phân loại giai đoạn mới nhất lần thứ 8 của Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (AJCC) và Ủy ban kiểm soát ung thư quốc tế (UICC) năm 2017 như sau:

Bảng 1. Phân loại ung thư đại tràng theo TNM

TNM	Mức độ xâm lấn thành đại tràng: T
Tis	Ung thư tại chỗ: Ung thư biểu mô tại chỗ hoặc xâm lấn đến lớp đệm niêm mạc
T1	Ung thư xâm lấn đến lớp dưới niêm mạc
T2	Ung thư xâm lấn đến lớp cơ
T3	Ung thư xâm lấn đến lớp dưới thanh mạc
T4	Ung thư vượt qua lớp thanh mạc và/hoặc xâm lấn ít nhất một tạng lân cận: xâm lấn vào phúc mạc tạng (a) hoặc xâm lấn tạng lân cận (b)
TNM	Di căn hạch vùng: N
Nx	Không xác định được là có di căn hạch vùng
N0	Không có di căn hạch vùng
N1	Di căn 1 đến 3 hạch vùng (N1a: di căn 1 hạch; N1b: di căn 2-3 hạch)
N2	Di căn từ ≥ 4 hạch vùng (N2a: di căn 4-6 hạch; N2b: di căn ≥ 7 hạch)
TNM	Di căn xa:M
Mx	Không đánh giá được có di căn xa
M0	Không có di căn xa
M1	Có di căn xa (M1a: di căn 1 tạng và chưa có di căn phúc mạc; M1b: di căn ≥ 2 tạng hoặc 2 vùng và chưa có di căn phúc mạc; M1c: di căn phúc mạc và/hoặc kèm theo di căn tạng)

Bảng 2. Phân loại giai đoạn ung thư đại tràng

Giai đoạn	T	N	M
Giai đoạn 0	Tis T1, T2	N0 N0	M0
Giai đoạn I			M0
Giai đoạn IIA	T3	N0	
Giai đoạn IIB	T4a	N0	M0
Giai đoạn IIC	T4b	N0	M0
Giai đoạn IIIA	T1 - T2 T1	N1c	M0
Giai đoạn IIIB	T3 - T4a	N2a	M0
	T2 - T3	N1c	M0
	T1 - T2	N2a	M0
		N2b	M0
			M0
Giai đoạn IIIC	T4a	N2a	M0
	T3 - T4a	N2b	M0
	T4b	N1 - N2	M0
Giai đoạn IVA	Bất cứ T	Bất cứ N	M1a
Giai đoạn IVB	Bất cứ T	Bất cứ N	M1b
Giai đoạn IVC	Bất cứ T	Bất cứ N	M1c

Như vậy, phân loại giai đoạn 0, I, II được xác định dựa vào mức độ xâm lấn u tại chỗ; giai đoạn III khi có biểu hiện di căn hạch. Giai đoạn IV khi có di căn xa.

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán UTĐT thường dựa trên các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

4.1. Ung thư giai đoạn sớm

Ung thư đại tràng có thời gian nhân đôi trung bình là 130 ngày, có nghĩa là ít nhất trong 5 năm, thường là từ 10 đến 15 năm, khối u phát triển thầm lặng trước khi có khối lượng cần thiết để có thể sờ thấy hoặc có biểu hiện triệu chứng.

Trong giai đoạn sớm, UTĐT không có triệu chứng, phát hiện và chẩn đoán dựa vào các xét nghiệm sàng lọc thường qui. Kỳ vọng sống của bệnh nhân rất tốt nếu được chẩn đoán sớm và điều trị sớm.

Mục tiêu sàng lọc là phát hiện tổn thương tiền ung thư trong cộng đồng dân cư khỏe mạnh, cũng như tổn thương ung thư giai đoạn sớm để có thể điều trị triệt căn với tiên lượng tốt. Các phương tiện sàng lọc bao gồm:

- Xét nghiệm tìm máu trong phân (Faecal occult blood test: FOBT): Khuyến cáo nên áp dụng ở cả nam và nữ trong độ tuổi 50 đến 74. Xét nghiệm này làm giảm tỷ lệ tử vong của ung thư đại trực tràng khoảng 15%. Khoảng thời gian giữa các lần xét nghiệm này không quá 2 năm.

- Xét nghiệm miễn dịch định lượng hồng cầu (Faecal Immunochemical Testing: FIT) có giá trị hơn FOBT bởi có thể dự đoán được ung thư hay u tuyến. Khoảng thời gian giữa các lần xét nghiệm này không quá 3 năm.

- Nội soi đại tràng sigma: Phát hiện tổn thương từ đại tràng Sigma đến trực tràng. Khoảng thời gian giữa các lần nội soi không quá 10 năm.

- Nội soi đại tràng ống mềm: Giúp phát hiện các tổn thương tiền ung thư: polyp, Crohn...

- Quy trình sàng lọc: Hội Ung thư Hoa Kỳ đặc biệt khuyến cáo biện pháp sau đây: đối với mọi bệnh nhân đến phòng khám vì bất kỳ lý do nào, thăm hậu môn trực tràng bằng ngón tay nếu bệnh nhân ở độ tuổi 40; làm xét nghiệm tìm máu trong phân nếu tuổi 50; soi đại tràng ở tuổi 50 rồi 51, sau đó cứ 3-5 năm một lần lại soi lại nếu 2 lần đầu không tìm thấy ung thư. Đối với các thành viên trong gia đình có tiền sử bệnh đa polyp (nhiều người thuộc các thế hệ kế tiếp nhau bị bệnh này), nên tiến hành khám và xét nghiệm sàng lọc khi bước vào tuổi dậy thì.

4.2. Ung thư đại tràng giai đoạn tiến triển

4.2.1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng của UTĐT phụ thuộc vào vị trí giải phẫu và mức độ tiến triển của khối u.

- Đau bụng: Đau bụng là triệu chứng thường gặp. Đại tràng phải có khẩu kính lớn vì thế ung thư đại tràng phải khi có kích thước tương đối lớn mới có triệu chứng. Triệu chứng đau bụng xuất hiện muộn và mơ hồ ở hố chậu phải hoặc mạng sườn phải. Sau đó đau tăng dần thành cơn kèm theo trướng bụng, buồn nôn. Cơn đau giảm dần hoặc hết đau sau khi bệnh nhân có trung tiện (hội chứng Koenig). Đại tràng trái có khẩu kính lòng ruột nhỏ, phân ở dạng nửa đặc nên nhiều khi dấu hiệu bán tắc hay tắc ruột là dấu hiệu khởi phát của bệnh với đau bụng cơn điển hình của tắc ruột.

- Rối loại đại tiện: Rối loạn đại tiện biểu hiện là đại tiện phân lỏng hoặc táo bón. Đại tiện phân lỏng thường gặp với UTĐT phải và táo bón thường gặp hơn ở UTĐT trái, hoặc đại tiện lỏng xen kẽ với những đợt táo bón. Đây là dấu hiệu gợi ý của UTĐT nếu dấu hiệu này mới xuất hiện và kéo dài.

- Đại tiện ra máu: Đại tiện ra máu trong UTĐT phải thường gặp là máu vi thể trong phân và chỉ phát hiện được bằng xét nghiệm tìm máu trong phân. Đối với UTĐT trái, đại tiện ra máu là dấu hiệu thường gặp nhưng ít khi là chảy máu nặng. Thường gặp là phân có các sọc máu bao quanh hoặc trộn lẫn với máu đỏ tươi hoặc máu đen thẫm, thường kèm theo chất nhầy và máu cục nhỏ.

4.2.2. Triệu chứng toàn thân

- Trong giai đoạn đầu, tình trạng toàn thân ít thay đổi.
- Trong giai đoạn tiến triển, toàn trạng gây sút, mệt mỏi, thiếu máu nhược sắc nhất là với UTĐT phải, có thể có sốt, sốt thường nhẹ đôi khi là sốt cao kéo dài nếu có viêm quanh khối u.

4.2.3. Triệu chứng thực thể

Khám thực thể rất quan trọng để đánh giá mức độ xâm lấn tại chỗ và phát hiện các di căn xa, tìm các bệnh phối hợp của các cơ quan khác có thể ảnh hưởng đến việc điều trị.

- Khám bụng có thể phát hiện thấy khối u chắc nằm ở các vị trí dọc theo khung đại tràng như ở hố chậu phải, mạng sườn phải, dưới gan, trên rốn, mạng sườn trái và hố chậu trái. Vị trí khối u thường gặp nhất là u ở manh tràng và đại tràng Sigma. U di động hay cố định có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá mức độ tiến triển và xâm lấn của ung thư.

- Thăm trực tràng có thể thấy phân lẫn máu, có thể sờ thấy khối u của đại tràng Sigma sa xuống tiểu khung.

- Khám tìm hạch bẹn và hạch thượng đòn, nếu hạch to, chắc, cần làm sinh thiết để khẳng định di căn hạch.

- Phát hiện gan to, lách to, dịch cổ trướng... nếu ung thư đã di căn.

4.3. Ung thư đại tràng có biến chứng

4.3.1. Tắc ruột

Tắc ruột chiếm khoảng 10% các trường hợp. Vị trí khối u thường gây tắc ruột là UTĐT góc lách và UTĐT Sigma. Lâm sàng và chụp X quang bụng không chuẩn bị biểu hiện là hội chứng tắc ruột thấp. Chụp cản quang khung đại tràng với thuốc cản quang hòa tan (Telebrix) có hình ảnh cắt cụt ở đại tràng. Chụp cắt lớp vi tính xác định được tình trạng tắc ruột và phát hiện được khối u đại tràng.

4.3.2. Áp xe cạnh khối u

Nhiễm trùng khối u hoặc áp xe cạnh u thường gặp nhất là ở manh tràng. Lâm sàng có biểu hiện của hội chứng nhiễm trùng: sốt cao, kéo dài. Xét nghiệm có tăng bạch cầu, CRP, procalcitonin tăng. Khám bụng thấy một khối ở hố chậu phải, đau kèm theo là hội chứng bán tắc ruột. Bệnh cảnh rất dễ nhầm với áp xe ruột thừa.

4.3.3. Viêm phúc mạc do vỡ đại tràng

Viêm phúc mạc do vỡ đại tràng chiếm khoảng 1 % các trường hợp. Vị trí thủng đại tràng có thể ở ngay khối u, nhưng thường gặp là thủng ở manh tràng do manh tràng có khẩu kính to nhất và bị giãn nhất. Bệnh cảnh lâm sàng là hội chứng viêm phúc mạc toàn thể, tiên lượng rất nặng.

4.3.4. Chảy máu

Chảy máu trong UTĐT thường là chảy máu vi thể, biểu hiện bằng hội chứng thiếu máu mạn tính. Ít khi có chảy máu nặng, biểu hiện bằng chảy máu đường tiêu hóa thấp: ỉa ra máu đỏ tươi, mạch nhanh, huyết áp hạ.

4.3.5. Rò

UTĐT có thể rò ra ngoài da hay rò vào các tạng lân cận như dạ dày, tá tràng, ruột non, bàng quang... Tùy theo rò vào tạng nào mà có các biểu hiện tương ứng.

5. CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

5.1. Các thăm dò chẩn đoán xác định bệnh

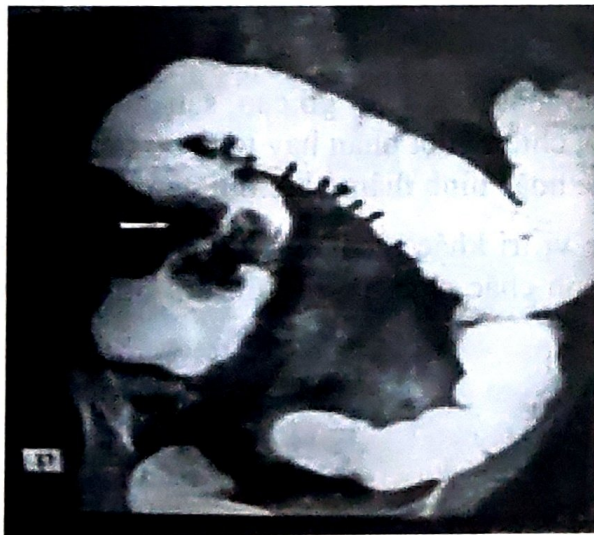
5.1.1. Chụp khung đại tràng cản quang

Hình ảnh ung thư đại tràng trên phim chụp đại tràng là một hình khuyết, hình chít hẹp hoặc hình cắt cụt.

- Hình khuyết: Hình khuyết có thể nằm ở một bên hay hai bên của thành đại tràng, bờ nhám nhở, tạo với thành đại tràng lành một góc nhọn làm cho lòng đại tràng giống hình “lõi táo”.

- Hình chít hẹp: Hình ảnh là một đoạn đại tràng 2-3 cm hẹp, vắn vẹo, tiếp nối với đại tràng lành một góc nhọn như dấu đóng mở ngoặc ().

- Hình cắt cụt: Hình ảnh là lòng đại tràng thu nhỏ dần, bờ không đều và dừng lại, đôi khi thấy thuốc nhô lên một mẩu nhọn giống như ngọn lửa nến.



A



B

Hình 3. Hình ảnh X quang UTĐT

A: UTĐT phải; B: UTĐT Sigma

Chụp đại tràng đối quang kép có thể phát hiện được các khối u nhỏ nhưng không xác định được bản chất khối u. Ngày nay, với ưu điểm tuyệt đối và sự phổ cập của nội

soi đại tràng nên chụp cản quang đại tràng chỉ còn được áp dụng trong một vài trường hợp như u gây hẹp, bán tắc ruột không chuẩn bị được đại tràng để soi.

5.1.2. Nội soi đại trực tràng ống mềm và sinh thiết

Có hai loại nội soi đại tràng: Nội soi đại tràng Sigma và nội soi đại tràng toàn bộ. Đây là phương pháp có giá trị nhất và chính xác nhất để chẩn đoán xác định khối u đại tràng, kể cả các ung thư đại tràng sớm và phát hiện các tổn thương kèm theo ở đại tràng.



A

B

C

Hình 4. Hình ảnh nội soi ung thư đại tràng

A: Hình loét sùi; B, C: Hình u sùi

Chỉ định nội soi đại tràng Sigma khi có đại tiện ra máu tươi (tổn thương vùng đại tràng Sigma và trực tràng). Nội soi đại tràng toàn bộ khi có biểu hiện rối loạn tiêu hóa (đại tiện nhiều lần, đại tiện nhày máu). Hiện nay, có xu hướng soi đại tràng toàn bộ cho cả các bệnh nhân có triệu chứng đại tiện ra máu tươi vì ngoài chẩn đoán u, soi đại tràng còn để phát hiện các tổn thương phối hợp ở đại tràng.

Hình ảnh ung thư trên nội soi điển hình là một u sùi gồ cao, sần sùi, màu đỏ sẫm, giữa có loét và dễ chảy máu khi chạm vào, chiếm một phần hay toàn bộ chu vi gây hẹp lòng đại tràng. Hình ảnh loét bờ cao, gồ ghề hoặc hình thâm nhiễm ít gặp hơn.

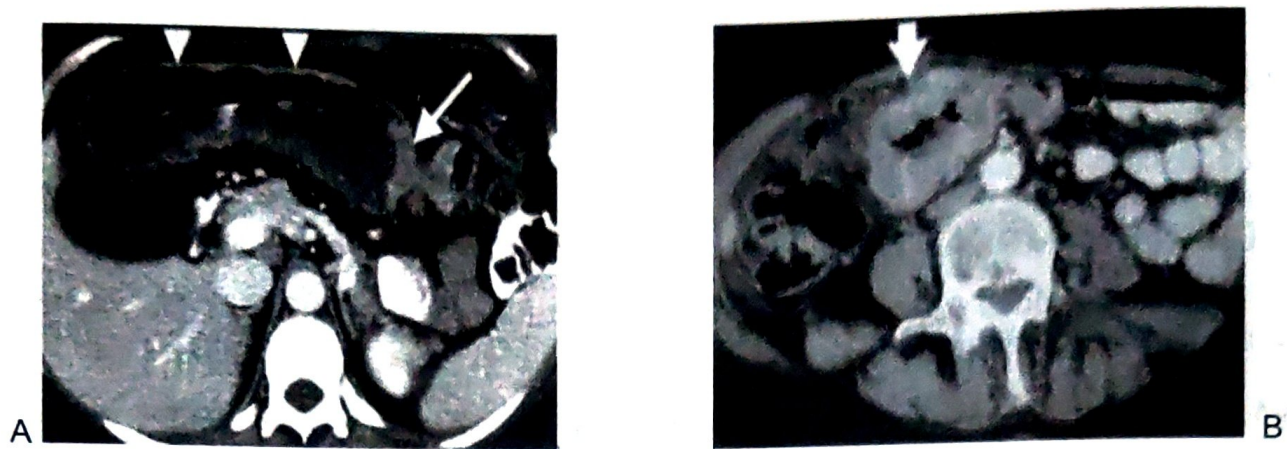
Sinh thiết tổn thương nhiều mảnh, ở các vị trí khác nhau của khối u để có chẩn đoán xác định bệnh. Nếu kết quả giải phẫu bệnh chắc chắn là ung thư thì được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định bệnh.

5.2. Các thăm dò chẩn đoán giai đoạn bệnh

5.2.1. Chụp cắt lớp vi tính

Chụp cắt lớp vi tính là phương tiện rất có giá trị để đánh giá mức độ xâm lấn tại chỗ của khối u và phát hiện các di căn hạch và di căn xa (gan, phổi...), cũng như để phát hiện các tổn thương phối hợp.

Hình ảnh UTĐT trên phim chụp CLVT là hình khối làm dày thành và làm hẹp lòng đại tràng, tăng tỷ trọng. Hạch nghi ngờ di căn trên phim chụp cắt lớp vi tính khi kích thước hạch $\geq 8\text{mm}$, hình tròn, tỷ trọng không đồng nhất.



Hình 5. Hình ảnh UTĐT trên CCLVT

A. Tắc ruột do UTĐT; B. UTĐT ngang

5.2.2. Siêu âm bụng

Siêu âm bụng có thể phát hiện được các khối u đại tràng và hạch ổ bụng. Hình ảnh UTĐT trên siêu âm là khối làm dày thành và làm hẹp lòng đại tràng. Tuy nhiên, vai trò chính của siêu âm là phát hiện các di căn gan, di căn buồng trứng (ở nữ), di căn hạch ổ bụng.

5.2.3. Chụp X quang phổi

Chụp X quang phổi nhằm phát hiện bệnh lý hô hấp kèm theo và tìm tổn thương di căn. Hình ảnh di căn phổi là hình ảnh các đám mờ hình tròn, kích thước khác nhau “hình thả bóng”.

5.2.4. PET/CT

Hình ảnh của khối ung thư, các di căn xa và di căn hạch là khối tăng chuyển hóa do các tổn thương ác tính có đặc điểm tăng chuyển hóa và tăng tập trung ^{18}F FDG trong tế bào, trong khi các bệnh lý lành tính hoặc mô lành không hấp thu hoặc hấp thu ^{18}F FDG thấp.

PET/CT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị để phát hiện các tổn thương di căn xa, di căn hạch, phân biệt tổn thương lành tính với ác tính, đánh giá giai đoạn bệnh, đánh giá mức độ đáp ứng với điều trị hỗ trợ. Tuy nhiên, PET/CT không được khuyến cáo sử dụng thường qui tại thời điểm chẩn đoán ban đầu, mà chủ yếu giúp phân biệt tổ chức hoại tử, xơ hóa sau điều trị với khối u ác tính còn tồn dư và các tổn thương tái phát.

5.3. Xét nghiệm

Xét nghiệm máu và sinh hóa: Trong ung thư đại tràng có thể thấy kết quả thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ.

Xét nghiệm kháng nguyên bào thai sinh ung thư CEA: CEA là một glycoprotein tìm thấy trong màng tế bào của nhiều mô, kể cả mô ung thư của đại tràng và trực tràng. Định lượng CEA huyết thanh tăng không đặc hiệu cho ung thư đại trực tràng, mức tăng

cao bất bình thường của CEA còn tìm thấy trong huyết thanh của những bệnh nhân bị ung thư đường tiêu hóa khác. CEA thể hiện rõ vai trò trong việc phát hiện tái phát sau mổ. Nếu CEA trở về bình thường sau mổ, rồi lại từ từ tăng dần trong thời gian theo dõi, thì đó là dấu hiệu gần như chắc chắn để nói rằng ung thư tái phát.

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Cần chẩn đoán phân biệt ung thư đại trực tràng với các bệnh lý khác có triệu chứng lâm sàng tương tự.

6.1. Các bệnh lý gây xuất huyết tiêu hóa thấp

Trĩ, viêm loét đại trực tràng chảy máu, Crohn đại trực tràng, viêm túi thừa đại trực tràng, bệnh amip đại tràng, ung thư trực tràng.

Tất cả các trường hợp có biểu hiện đại tiện ra máu cần phải nội soi đại tràng toàn bộ để loại trừ UTĐT, ung thư trực tràng, đặc biệt những trường hợp có biểu hiện thiếu máu mạn tính trên lâm sàng.

6.2. Các bệnh lý gây rối loạn tiêu hóa

Ngộ độc, viêm ruột thừa, hội chứng ruột kích thích (Irritate bowel syndrome), lao, Crohn, viêm loét đại trực tràng. Chỉ được chẩn đoán là hội chứng ruột kích thích sau khi đã có cơ sở chắc chắn loại trừ ung thư đại trực tràng.

7. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRẺNG

Điều trị UTĐT phụ thuộc vào giai đoạn bệnh khi được phát hiện. Có bốn phương pháp điều trị là: phẫu thuật, hóa trị liệu, xạ trị, và điều trị đích, trong đó phẫu thuật triệt căn đóng vai trò quan trọng nhất và là lựa chọn hàng đầu cho mục tiêu điều trị triệt căn. Theo quy ước, phẫu thuật triệt căn (R0) là phẫu thuật lấy hết được khối u về cả đại thể khi mô và vi thể ở diện cắt không còn tế bào ung thư.

7.1. Phẫu thuật

7.1.1. Phẫu thuật triệt căn

7.1.1.1. Nguyên tắc phẫu thuật

Phẫu thuật cần đạt được các nguyên tắc sau:

- Cắt đại tràng rộng rãi, cách bờ trên và dưới u $\geq 5\text{cm}$.
- Cắt toàn bộ mạc treo tương ứng của đại tràng, thắt và cắt các mạch máu chi phối sát gốc để tạo vết hạch rộng rãi (vết được trên 12 hạch để xác định đúng giai đoạn bệnh).
- Không động chạm vào khối u để tránh di căn ung thư (kỹ thuật No touch).
- Diện cắt hai đầu ruột phải được cấp máu tốt để đảm bảo cho miệng nối.

7.1.1.2. Các phương pháp phẫu thuật

Tùy theo vị trí u mà lựa chọn các loại hình phẫu thuật khác nhau:

- Cắt nửa đại tràng phải:

+ Chỉ định đối với u từ manh tràng đến đại tràng góc gan.

+ Các bước phẫu thuật: Thắt bó mạch hồi manh đại tràng sát gốc; cắt 20 cm hồi tràng, đại tràng lên và đoạn phải đại tràng ngang, làm miệng nối hồi đại tràng ngang. Trong trường hợp khối u nằm ở góc gan, có thể cắt mở rộng sang đại tràng ngang (cắt đại tràng phải mở rộng).

- Cắt đoạn đại tràng ngang:

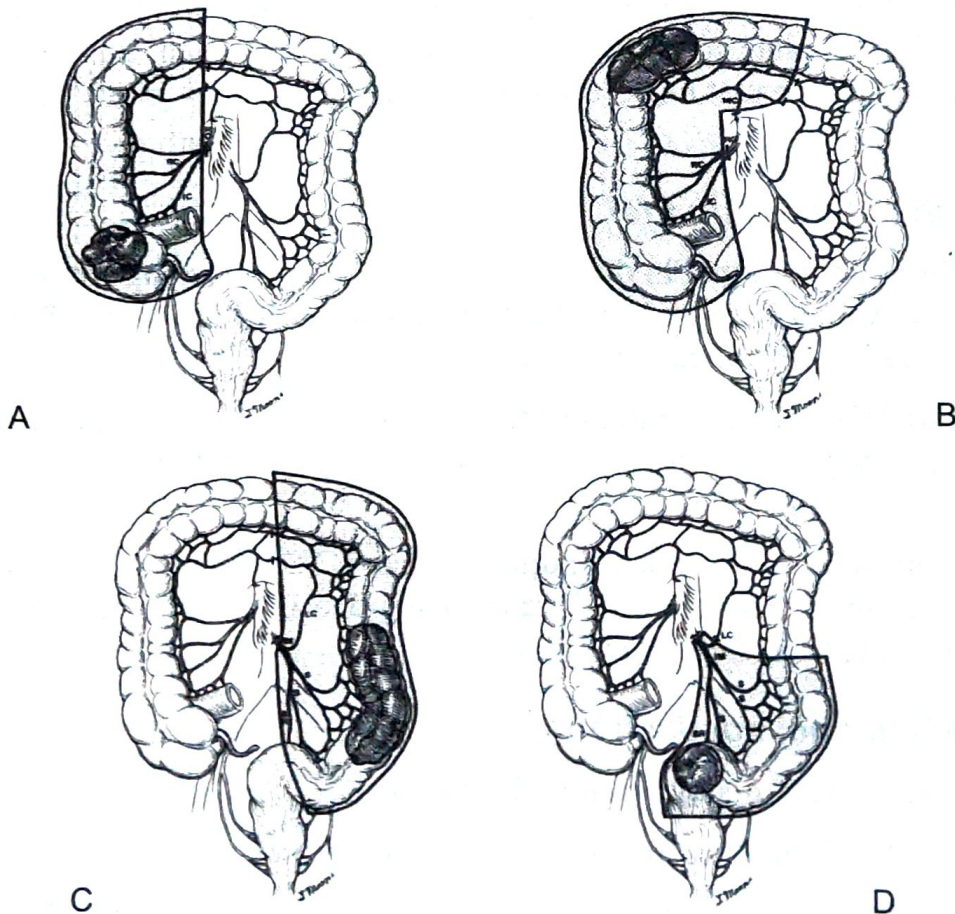
+ Chỉ định với khối u nằm ở giữa đại tràng ngang.

+ Các bước phẫu thuật: Thắt sát gốc động mạch và tĩnh mạch đại tràng giữa; cắt đoạn đại tràng ngang từ đại tràng góc gan đến đại tràng góc lách, làm miệng nối hai đầu đại tràng.

- Cắt đoạn đại tràng trái cao:

+ Chỉ định với khối u nằm ở đoạn đại tràng góc lách.

+ Các bước phẫu thuật: Thắt động mạch đại tràng trái trên xuất phát từ động mạch mạc treo tràng dưới, cắt phần trái đại tràng ngang, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, làm miệng nối đại tràng ngang với đại tràng sigma.



Hình 6. Các loại phẫu thuật cắt đại tràng.

A: Cắt đại tràng phải;

C: Cắt nửa đại tràng trái;

B: Cắt đại tràng phải mở rộng

D: Cắt đoạn đại tràng Sigma

- Cắt nửa đại tràng trái:

+ Chỉ định đối với u ở 1/3 trái đại tràng ngang đến đại tràng sigma. Hiện nay ít được áp dụng.

+ Các bước phẫu thuật: Thắt động mạch và tĩnh mạch mạc treo tràng dưới sát gốc, cắt phần trái đại tràng ngang, đại tràng xuống và đại tràng Sigma, làm miệng nối đại tràng ngang với trực tràng.

- Cắt đoạn đại tràng Sigma:

+ Chỉ định đối với u nằm ở cuối đại tràng Sigma đến ranh giới Sigma - trực tràng.

+ Các bước phẫu thuật: Thắt các nhánh động mạch Sigma và nhánh trực tràng trên, cắt đoạn đại tràng Sigma và một phần trực tràng, nối đại tràng trái với trực tràng.

- Cắt toàn bộ đại tràng:

+ Chỉ định cho các u nhiều ổ và ở nhiều vị trí khác nhau trên khung đại tràng.

+ Các bước phẫu thuật: Thắt sát gốc bó mạch hồi manh đại tràng, đại tràng giữa, mạc treo tràng dưới. Cắt đại tràng phải, đại tràng góc gan, đại tràng ngang, đại tràng góc lách, đại tràng trái, đại tràng Sigma. Thực hiện miệng nối hồi tràng với trực tràng.

Phẫu thuật cắt đại tràng có thể thực hiện bằng mổ mở hoặc bằng phẫu thuật nội soi. Trong đó, phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi với nhiều ưu điểm về kết quả sớm như hồi phục sớm sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, tính thẩm mỹ cao và vẫn đạt được kết quả về mặt ung thư học so với mổ mở về thời gian sống sau mổ cũng như tỷ lệ tái phát.

7.1.2. Các phẫu thuật tạm thời

- **Cắt đoạn đại tràng:** Chỉ định cho các UTĐT còn khả năng cắt bỏ nhưng đã có di căn nhiều nơi. Cắt đại tràng để tránh biến chứng tắc ruột, chảy máu, vỡ u và mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn hậu môn nhân tạo.

- **Nội tắt:** Nối hồi - đại tràng ngang cho các khối u đại tràng phải, nối đại tràng ngang - đại tràng Sigma cho các UTĐT xuống. Nội tắt chỉ định cho các khối u xâm lấn rộng không có khả năng cắt bỏ.

- **Làm hậu môn nhân tạo:** Chỉ định cho các UTĐT không có khả năng cắt hoặc nội tắt. Làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng ngang cho UTĐT trái, mở thông hồi tràng hoặc hậu môn manh tràng cho UTĐT phải.

7.2. Điều trị bằng nội soi đại tràng

- **Chỉ định:** UTĐT giai đoạn sớm (Tis và T1).

+ Đối với Tis là chỉ định tốt nhất cho điều trị nội soi.

+ Đối với T1, u xâm lấn dưới niêm mạc, cắt u nội soi được coi là đạt yêu cầu điều trị nếu u chỉ xâm lấn lớp dưới niêm mạc nông < 1000 µm và tổn thương là dạng lõm, phẳng, hoặc ở giới hạn 1/3 trên của tổn thương dạng cuống theo phân loại của Haggitt và

giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô biệt hóa cao và vừa, không có xâm lấn mạch máu và bạch huyết, diện cắt an toàn > 1mm.

- **Kỹ thuật cắt u nội soi:** Có hai kỹ thuật cắt là cắt hết niêm mạc và cắt phẫu tích dưới niêm mạc.

- **Theo dõi sau cắt u nội soi:** Cần soi đại tràng để kiểm tra sau 3 tháng.

7.3. Hóa trị liệu

Hóa trị liệu có thể được phối hợp với phẫu thuật trong một số trường hợp UTĐT khi đã có di căn hạch, được coi như một giải pháp điều trị bổ trợ sau phẫu thuật. Trong trường hợp khối u xâm lấn rộng, điều trị hóa chất trước mổ có tác dụng làm giảm giai đoạn bệnh để đạt được điều trị triệt căn.

Phác đồ hóa trị liệu thường sử dụng ít nhất hai hóa chất phối hợp. Một số công thức hóa trị: 5-FU + Folinic Acid; FOLFOX 4: 5-FU + Folinic Acid + Oxaliplatin;

FOLFOX 6: 5-FU + Folinic Acid + Oxaliplatin + Leucovorin; Oxaliplatin + Capecitabin.

7.4. Xạ trị

Ít được sử dụng trong UTĐT vì đại tràng di động nên khó khăn trong xạ trị.

6.5. Điều trị đích

Các thuốc trong điều trị đích chỉ nhắm vào các tế bào ung thư mà không làm tổn hại đến các tế bào lành xung quanh u khi tế bào ung thư có đột biến gen. Có thể sử dụng đồng thời với các hóa chất truyền thống hoặc dùng riêng lẻ khi các hóa chất không còn tác dụng. Hầu hết các sản phẩm thuốc mới này còn đang trong quá trình đánh giá thực tế trên người bệnh. Một số sản phẩm thuốc điều trị đích đã có mặt trên thị trường hiện nay là: bevacizumab (Avasstin), cetuximab (Erbix), panitumumab (Vertibix)...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày đặc điểm dịch tễ học, các yếu tố nguy cơ gây ung thư và cách tầm soát phát hiện ung thư sớm đại tràng?

Câu 2. Hãy trình bày chẩn đoán xác định ung thư đại tràng?

Câu 3. Hãy trình bày nguyên tắc và các phương pháp điều trị ung thư đại tràng?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Hữu Nghị, Phạm Hoàng Anh. (1996) Tỷ lệ mắc ung thư tiêu hóa tại Hà Nội theo thời gian, theo lứa tuổi và vùng nội ngoại thành từ 1993-1995. *Nội khoa*, 3: 18-23.
2. AJCC (American Joint Committee on Cancer). (2010) Cancer staging manual, 7th ed, Edge SB., Byrd DR, Compton CC. et al (Eds). *Springer, New York*, p.143.
3. Boring C., Squires T., Tong J. (1991) Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 41: pp 28.

4. Fairley TL., Cardinez CJ., Martin J. et al. (2006) Colorectal cancer in U.S. adults younger than 50 years of age, 1998-2001. *Cancer*; 107(5, Suppl): 1153-1161.
5. Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin DM. (2004) GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
6. Friedman C. (2006) Descriptive epidemiology of colorectal cancer in the United States, 1998-2001. *Cancer*; 107(5, Suppl): 1103-1111.
7. He J., Efron JE. Screening for colorectal cancer. *Advances in surgery* 2011, 45: 3144.
8. Jemal A., Bray F., Center MM. et al. (2011) Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 61-69.
9. Jeter JM., Kohlmann W., Gruber SB. (2006) Genetics of colorectal cancer. *Oncology*; 20(3): 269-276.
10. Markowitz SD, Bertagnolli MM. (2009) Molecular origins of cancer: Molecular basis of colorectal cancer. *N. Engl. J. Med.*, 361 (25): 244-960.
11. Qaseem A., Denberg TD., Hopkins RH Jr., Humphrey LL., Levine J., Sweet DE., Shekelle P. (2012) for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening for Colorectal Cancer: A Guidance Statement From the American College of Physicians. *Annals of internal medicine* 156 (5): 378-386.
12. Tsong WH., Koh WP., Yuan JM., Wang R., Sun CL., Yu MC. (2007) Cigarettes and alcohol in relation to colorectal cancer: the Singapore Chinese Health Study. *Br J Cancer*; 96(5): 821-827.
13. Watson AJ., Collins PD. (2011) Colon cancer: a civilization disorder. *Digestive diseases (Basel, Switzerland)*, 29 (2): 22-28.
14. Willett WC., (2005) Diet and cancer: an evolving picture. *JAMA*; 293(2): 233 - 234.

SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH

Trần Bảo Long

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được giải phẫu đường mật, nguyên nhân tạo sỏi mật.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của sỏi đường mật và các biến chứng cấp tính.
3. Trình bày được thái độ xử trí và các phương pháp điều trị sỏi đường mật và các biến chứng cấp tính.
4. Biết cung cấp kiến thức phòng tái phát sỏi đường mật.

NỘI DUNG

1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU ĐƯỜNG MẬT, SINH LÝ DỊCH MẬT VÀ SỎI MẬT Ở VIỆT NAM

1.1. Giải phẫu đường mật, sinh lý dịch mật

- Đường mật bắt đầu từ các khe trong khoảng liên tế bào gan nhận dịch mật từ tế bào gan tiết ra, ngăn cách với hệ mao mạch gan chỉ bởi chỗ dính của các tế bào gan (cầu tế bào), sau đó dịch mật theo các ống này đổ vào các nhánh hạ phân thùy rồi phân thùy gan.

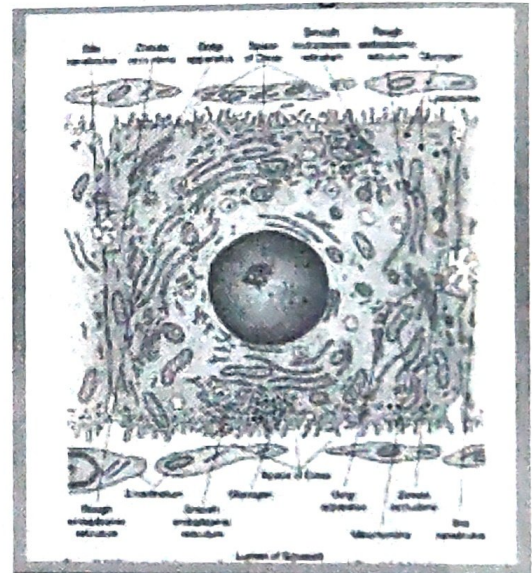
- Tiếp theo, dịch mật chảy vào các ống gan phải và gan trái rồi chảy vào ống gan chung ở rốn gan.

Lượng dịch mật được dự trữ, cô đặc ở túi mật tương đương với lượng dịch mật tiết ra trong 12 giờ (khoảng 500 ml), chỉ chảy xuống tham gia tiêu hóa theo sự chi phối của cơ chế thần kinh và thể dịch.

Ông gan chung đổi tên khi ông cở túi mật đổ vào gọi là ông mật chủ. Ông mật chủ dài chừng 5 - 7 cm, đường kính khoảng 0,8 cm chạy tiếp xuống dưới và phần lớn sẽ đổ vào đoạn II của tá tràng qua bóng Vater.

Bình thường, dịch mật vô khuẩn nhờ cơ chế bảo vệ của hàng rào giải phẫu, cơ chế vật lý dòng chảy một chiều của dịch mật, cơ chế hóa học (tính chất kiềm của dịch mật) và cơ chế miễn dịch dịch thể và miễn dịch tế bào.

Áp lực đường mật bình thường $< 20 \text{ cmH}_2\text{O}$. Khi tăng $\geq 25 \text{ cmH}_2\text{O}$ gây nguy cơ phá vỡ cầu tế bào làm nhiễm khuẩn máu và khi $\geq 30 \text{ cmH}_2\text{O}$ sẽ làm tế bào gan ngừng bài tiết dịch mật.



Hình 1. Vi ống mật và cầu tế bào gan

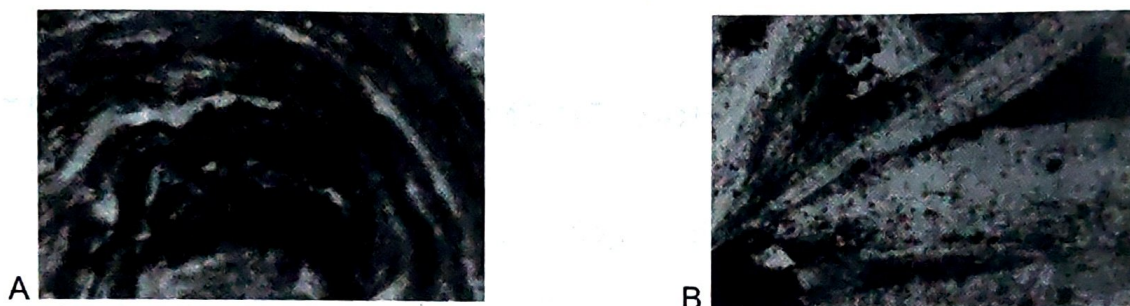
1.2. Sỏi mật ở Việt Nam

1.2.1. Cơ chế tạo sỏi

Sỏi mật ở các nước Âu, Mỹ thường gặp ở túi mật do cơ chế tạo sỏi thường do rối loạn chuyển hóa tạo nên sỏi cholesterol, sỏi đường mật thường là thứ phát.

Trái lại, sỏi mật ở nước ta thường gặp ở đường mật, hình thành do cơ chế nhiễm khuẩn. Vi khuẩn từ ống tiêu hóa lên có liên quan mật thiết với giun chui ống mật tiết ra enzym β glucuronidase phân huỷ dạng liên hợp giữa bilirubin và axit glucuronic làm bilirubin trở thành dạng tự do không hòa tan, sẽ kết hợp với các chất vô cơ như canxi ... để tạo thành muối bilirubinat canxi lắng đọng lại tạo thành sỏi. Sỏi hình thành và tồn tại trên khắp hệ thống đường mật cả trong và ngoài gan.

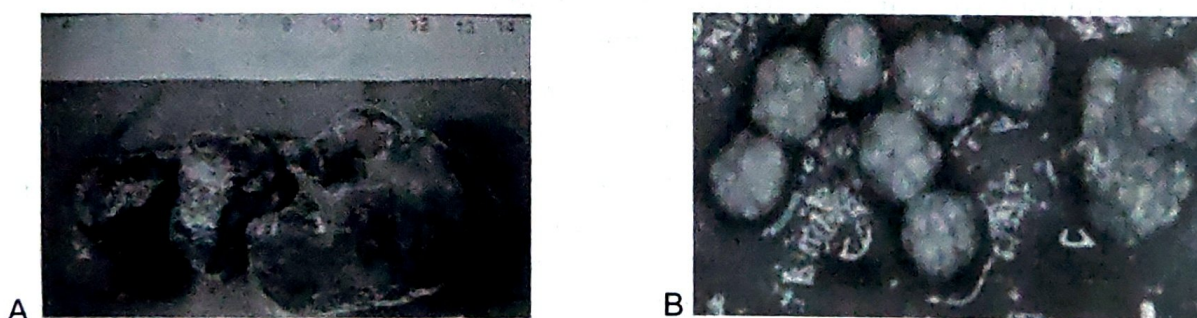
Trong những năm gần đây, các nghiên cứu khoa học thông báo sỏi túi mật đơn thuần có xu hướng tăng cao, tỉ lệ sỏi cholesterol cũng cao hơn, có lẽ do chế độ dinh dưỡng dần thay đổi và chẩn đoán có nhiều tiến bộ hơn.



Hình 2. (A) Hình ảnh vi thể sỏi bilirubin, (B) sỏi cholesterol

1.2.2. Một số đặc điểm sỏi mật và thay đổi trong bệnh sỏi đường mật

- Sỏi đường mật chính ở nước ta thường có nhiều viên với hình thái, kích thước khác nhau, ít khi chỉ có 1 viên. Sỏi có màu vàng hay nâu đen. Thường mềm dễ vỡ, nhưng có khi rất rắn. Sỏi được tạo trên cơ sở dị vật như trứng, xác giun đũa hay mảnh tế bào niêm mạc viêm bong.



Hình 3. (A) Sỏi sắc tố mật, (B) sỏi cholesterol

Gan: gan to ú mật giai đoạn đầu, có thể có các ổ áp xe gan đường mật, do viêm nhiễm kéo dài, tác động của các sản phẩm chuyển hóa trung gian tế bào làm tăng cường phản ứng xơ hóa, dẫn tới hiện tượng một phần hay cả gan bị xơ ú mật và tỷ lệ bị ung thư đường mật trong gan cao.

- Đường mật: trong tắc mật cấp, đường mật giãn và sung huyết về sau thành viêm dày, có thể viêm loét thủng, đặc biệt là túi mật. Có thể bị xơ hóa gây chít hẹp đường mật và lại là nguyên nhân gây ứ đọng dịch mật và tạo sỏi.

- Dịch mật: thường có nhiễm khuẩn, biểu hiện từ nhẹ (vẩn đục) đến nặng (mù) hay rất nặng (đen thối khắm). Cây dịch mật thường có các vi khuẩn đường ruột như *E.Coli*, *Klebsiella* ... và hình thái nặng có các vi khuẩn kỵ khí như *Bacteroides*, *Clostridium* ... phối hợp. Ở những trường hợp đã điều trị nhiều lần có nguy cơ kháng thuốc rất cao.

- Một số cơ quan khác có thể bị tổn thương như tụy, thận: viêm tụy cấp tính, suy thận ...

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

Sỏi ống mật chủ đơn thuần hay phối hợp với sỏi trong gan chiếm khoảng 60-80% các trường hợp, là hình thái điển hình nhất của sỏi đường mật về chẩn đoán, tiến triển, biến chứng và điều trị là mục tiêu trình bày trong bài này.

Sỏi hình thành và tồn tại trong đường mật có thể không gây ra các triệu chứng lâm sàng, phát hiện bệnh tình cờ nhờ chẩn đoán hình ảnh.

Khi sỏi di chuyển đến chỗ hẹp hay có viêm nhiễm phù nề gây tắc đường mật, biểu hiện viêm đường mật cấp tính với các dấu hiệu sau:

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng

2.1.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Tam chứng Charcot:

+ Đau bụng vùng gan, điển hình là cơn đau quặn gan thường rất dữ dội do sỏi di chuyển cọ sát vào đường mật và do gây tắc làm cho áp lực đường mật tăng cao gây giãn đường mật. Có khi đau vùng thượng vị nên dễ nhầm với cơn đau do loét dạ dày tá tràng.

+ Sốt xuất hiện đồng thời hay sau đau vài giờ, các cơn sốt có kèm rét run và vã mồ hôi sau đó nhiệt độ có thể trở lại bình thường hoặc hơi tăng.

+ Vàng da, vàng mắt xuất hiện sau đau và sốt 24 - 48 giờ do tắc mật, có thể rất rõ hay kín đáo tùy mức độ tắc mật.

Các triệu chứng trên thường xuất hiện trong thời gian từ 5 - 7 ngày rồi các triệu chứng mất đi hoặc tiến triển nặng hơn nữa.

- Trong các đợt tắc mật có thể đái ít, nước tiểu sẫm màu.

Tiền sử có nhiều đợt đau - sốt - vàng da như trên là dấu hiệu rất có giá trị trong chẩn đoán sỏi đường mật.

2.1.1.2. Triệu chứng toàn thân

- Trong đợt tắc mật cấp, có biểu hiện của hội chứng nhiễm khuẩn và tắc mật: lười ăn, hơi thở hôi, sốt cao 38 - 39 C và da, mắt vàng.

- Có thể thấy biểu hiện của các biến chứng như sốc nhiễm khuẩn đường mật, suy thận hay dấu hiệu của rối loạn đông máu (có các đám chảy máu ở củng mạc mắt hay dưới da) ...

2.1.1.3. Triệu chứng thực thể

- Gan to thường cả hai thùy, mật độ mềm. Khi gan to ấn đau phải nghĩ tới biến chứng áp xe gan đường mật.

- Túi mật to là dấu hiệu rất có giá trị trong chẩn đoán tắc mật cơ học, chiếm tỉ lệ 55 - 65 % trong tắc mật cấp do sỏi mật. Đặc điểm này khác với bệnh cảnh sỏi châu Âu nên định luật Couvoisier “tắc mật do sỏi, túi mật teo; tắc mật do u, túi mật to” không phù hợp với bệnh lý sỏi mật ở nước ta và nghiệm pháp Murphy ít giá trị.

2.1.2. Cận lâm sàng

2.1.2.1. Xét nghiệm

- Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn: số lượng bạch cầu tăng trên 10G, chủ yếu tăng bạch cầu đa nhân trung tính. Protein phản ứng C (CRP) hay procalcitonin tăng cao.

- Xét nghiệm đánh giá tắc mật: bilirubin máu tăng chủ yếu là loại trực tiếp, phosphatase kiềm tăng.

- Xét nghiệm đánh giá các rối loạn khác:

+ Suy thận: ure máu cao, creatinin máu cao.

+ Rối loạn chức năng đông máu: tỷ lệ prothombin giảm, kéo dài thời gian đông máu. Ở giai đoạn nặng có thể thấy các dấu hiệu của đông máu rải rác trong lòng mạch.

+ Hội chứng hủy hoại tế bào gan: SGOT, SGPT tăng cao.

+ Viêm tụy cấp do sỏi mật: amylase tăng > 3 lần giá trị bình thường tối đa ...

2.1.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm gan mật: là thăm khám hình thái thường được lựa chọn đầu tiên trong chẩn đoán sỏi mật vì thực hiện tương đối đơn giản, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Hình ảnh sỏi biểu hiện bởi hình đậm âm kèm bóng cản âm hình nón, có thể thấy đường mật phía trên sỏi giãn. Cần khảo sát tình trạng nhu mô gan, đường mật, vị trí sỏi, kích thước sỏi ..., tình trạng ổ bụng và các tạng liên quan để lựa chọn thái độ điều trị phù hợp.

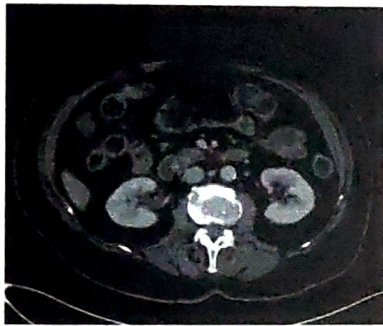


Hình 4. Sỏi mật trên siêu âm

- X quang:

+ Chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner) là thăm dò có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn siêu âm trong chẩn đoán bệnh lý gan mật. Chụp cắt lớp đa dãy có dạng hình còn cho biết thông tin về cây mật (chít hẹp?, bất thường giải phẫu?), và thậm chí về số lượng sỏi để lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Tuy nhiên, giá thành cao và nguy cơ sốc phản vệ do thuốc cản quang ... nên chỉ áp dụng trong những trường hợp khó phân biệt với bệnh khác. Sỏi đường mật biểu hiện bằng hình ảnh tăng tỷ trọng nằm trong đường mật, giãn đường mật phía trên sỏi. Cần lưu ý, sỏi cholesterol thường đồng tỷ trọng với dịch mật và sỏi nhỏ, sỏi không tăng tỷ trọng có thể bị bỏ sót.

- Chụp cộng hưởng từ mật - tụy (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography: MRCP) là thăm dò rất có giá trị trong chẩn đoán tắc mật nói chung và sỏi đường mật nói riêng, được khuyến cáo làm khi siêu âm không rõ ràng, cho biết thông tin về cây mật, sỏi đường mật về vị trí và số lượng sỏi vv.... MRCP có nhiều ưu điểm vượt trội so với chụp cắt lớp vi tính (không xâm lấn, không sử dụng tia rơn ghen, phát hiện được sỏi khi không phát hiện được bằng chụp cắt lớp vi tính, có thể chụp cho người có thai vv..., tuy nhiên giá thành cao.



A



B



C

Hình 5. (A) Sỏi ống mật chủ và (B) sỏi đường mật gan trái trên chụp cắt lớp vi tính, (C) sỏi ống mật chủ, túi mật và ống gan phải trên phim chụp cộng hưởng từ đường mật

+ Chụp đường mật ngược dòng (ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio - Pancreatography): vừa để chẩn đoán vừa để điều trị sỏi ống mật chủ, tỉ lệ biến chứng từ 7-10% (viêm tụy cấp, chảy máu ...).

+ Một số phương pháp khác:

- Chụp đường mật qua da được Huart và Đỗ Xuân Hợp thực hiện lần đầu tiên trên thế giới năm 1937. Trong vài thập kỷ gần đây, kỹ thuật này được phát triển mạnh mẽ không những áp dụng trong chẩn đoán nhờ ưu điểm đưa thuốc cản quang trực tiếp vào đường mật nên thấy rõ cây mật, vị trí tắc, bản chất vật tắc, các biến đổi giải phẫu để có thái độ xử trí phù hợp mà còn để điều trị như tán sỏi theo đường xuyên gan qua da, đặt stent đường mật ... Các biến chứng sau chọc có thể gặp như tràn mật ổ bụng, chảy máu trong ổ bụng, chảy máu đường mật, sốc nhiễm khuẩn đường mật, nên thực tế không làm để chẩn đoán sỏi ống mật chủ.

- Chụp gan xa: Là phương pháp được áp dụng trước đây khi siêu âm chưa phát triển, nhằm tìm bóng gan to, bóng túi mật to, hơi đường mật, phản ứng màng phổi, can

xi hoá thành túi mật, có khi thấy hình sỏi túi mật cản quang. Ngày nay không sử dụng trong chẩn đoán sỏi mật do siêu âm có nhiều ưu điểm vượt trội.

2.1.3. Chẩn đoán viêm đường mật cấp tính và phân loại mức độ nặng (Theo hướng dẫn Tokyo 2018)

2.1.3.1. Chẩn đoán viêm đường mật cấp tính:

- Tiêu chuẩn đánh giá:

+ **A. Viêm toàn thân:** A1 sốt: - thân nhiệt $> 38^{\circ}\text{C}$ và/hoặc rét run; A2: xét nghiệm có phản ứng viêm số lượng bạch cầu < 4 hoặc $> 10 \text{ G/L}$, CRP $\geq 1 \text{ mg/dL}$.

+ **B. Tắc mật:** B1: vàng da - bilirubin $\geq 2 \text{ mg/dL}$ ($\geq 34,2 \mu\text{mol/L}$); B2: xét nghiệm chức năng gan bất thường - tăng ít nhất 1,5 lần giá trị bình thường: ALP, AST, ALT, gamma glutamyl transferase.

+ **C. Chẩn đoán hình ảnh:** C1: giãn đường mật; C2: có nguyên nhân trên hình ảnh như chít hẹp, sỏi, stent vv

- Chẩn đoán viêm đường mật cấp tính

+ **Nghi ngờ khi:** Có 1 tiêu chuẩn A và 1 tiêu chuẩn B hoặc C.

+ **Chẩn đoán chắc chắn khi:** Có 1 tiêu chuẩn A, 1 tiêu chuẩn B và 1 tiêu chuẩn C.

2.1.3.2. Chẩn đoán độ nặng của viêm đường mật:

Viêm đường mật cấp tính gồm ba mức độ sau:

+ **Độ 3 (nặng):** viêm đường mật cấp tính kèm rối loạn chức năng ít nhất 1 trong các cơ quan sau: tim mạch (hạ huyết áp phải dùng dopamine $\geq 5 \mu\text{g/kg/phút}$ hoặc phải dùng norepinephrine), thần kinh (rối loạn ý thức), hô hấp ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$), thận (thiếu niệu, creatinin máu $> 2,0 \text{ mg/dL}$), gan (PT-INR $> 1,5$), huyết học (tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$).

+ **Độ 2 (trung bình):** viêm đường mật cấp tính kèm 2 trong số các tiêu chuẩn sau: số lượng bạch cầu bất thường (> 12 hoặc $< 4 \text{ G/L}$), sốt cao ($> 39^{\circ}\text{C}$), tuổi ≥ 75 , tăng bilirubin (bilirubin toàn phần $\geq 5 \text{ mg/dL}$ hay $> 85,5 \mu\text{mol/L}$), hạ albumin máu (dưới 0,7 lần giá trị bình thường - dưới 24,5 g/L ở người lớn).

+ **Độ 1 (nhẹ):** khi không đạt các tiêu chuẩn độ 2, 3.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

2.2.1. Bệnh nội khoa có vàng da - Vàng da do tan máu.

- Viêm gan do virus.

- Bệnh do xoắn khuẩn *leptospira*.

Lâm sàng chú ý thứ tự của các dấu hiệu đau, sốt và vàng da có thể giúp cho hướng chẩn đoán. Kháng định bằng các xét nghiệm: bilirubin máu tăng cao nhưng chủ yếu thể

gián tiếp và siêu âm hay các biện pháp chẩn đoán hình ảnh: đường mật không giãn, không có sỏi ...

Ngoài ra, các phản ứng huyết thanh rất có giá trị để chẩn đoán các loại bệnh trên.

2.2.2. Bệnh ngoại khoa

- *U vùng bóng Vater:*

+ Vàng da liên tục, tăng dần kèm phân bạc màu và ngứa.

+ Đau bụng thường xuất hiện muộn: giai đoạn cuối của bệnh.

+ Toàn thân biểu hiện mệt mỏi, gầy sút không rõ nguyên nhân. Sốt cũng thường xuất hiện giai đoạn cuối.

+ Xét nghiệm: bilirubin máu thường tăng rất cao. Xét nghiệm chất chỉ thị u như CEA, CA 19-9 tăng.

+ Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, siêu âm nội soi, siêu âm nội soi trong lòng ống hay chụp cắt lớp vi tính đa dãy giúp xác định chẩn đoán và đánh giá được khả năng cắt bỏ khối u.

- *U nang ống mật chủ:* đau bụng vùng gan không thường xuyên. Vàng da không điển hình. Có thể thấy khối ở hạ sườn phải.

Siêu âm, chụp cộng hưởng từ đường mật có giá trị xác định chẩn đoán.

- *Ung thư đường mật (cholangiocarcinoma):*

+ Thường gặp vàng da tăng dần, đau ít và sốt ít trong giai đoạn đầu, da vàng sẫm.

+ Khám thấy gan to, mật độ chắc. Túi mật có thể to nếu tắc dưới chỗ đổ vào của ống cổ túi mật.

+ Xét nghiệm biểu hiện tình trạng tắc mật: Bilirubine máu và phosphatase kiềm tăng. Chất chỉ thị u như CEA và CA₁₉₋₉ tăng. + Chẩn đoán hình ảnh:

• Siêu âm: gan to, hay gặp hình thái tổn thương giảm âm và đồng âm trong đường mật, ít gặp khối hỗn hợp âm, hình ảnh thành đường mật dày lên và chít hẹp, đường mật phía trên giãn. Cấu trúc âm giống nhu mô gan nên dễ bỏ sót.

• Chụp ERCP ít áp dụng do nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng.

• Chụp cộng hưởng từ, chụp CT Scanner đa dãy cho những thông tin có giá trị trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán giai đoạn của u và chẩn đoán khả năng phẫu thuật.

- *Hẹp đường mật sau chấn thương hay phẫu thuật* (tiền sử phẫu thuật cắt dạ dày, mở ống mật chủ cũ, sau cắt túi mật ...). Biểu hiện:

+ Đau vùng gan ít, tăng dần, vàng da tăng dần, sốt giai đoạn cuối. Có thể phân bạc màu. Khám thấy gan to, túi mật to.

+ Xét nghiệm: tăng bilirubin trực tiếp.

+ Siêu âm gan mật: đường mật trên chỗ tắc giãn.

+ Chụp đường mật qua da, chụp cộng hưởng từ đường mật: đường mật trên thương tổn giãn, đường mật chỗ tổn thương chít hẹp.

3. TIỀN TRIỀN VÀ BIẾN CHỨNG

Viêm đường mật cấp tính nếu không được điều trị sẽ gây ra các biến chứng cấp tính khác đe dọa tính mạng người bệnh. Chẩn đoán và điều trị các biến chứng cấp tính có vai trò quan trọng trong điều trị sỏi mật.

3.1. Thấm mật phúc mạc

Là hiện tượng tắc mật làm áp lực trong lòng đường mật cao, gây thấm dịch mật vào trong ổ bụng. Không có tổn thương đại thể đường mật và gan, không có vi khuẩn trong ổ bụng. Là biến chứng thường gặp, phải mổ cấp cứu.

Lâm sàng: bệnh cảnh tắc mật cấp do sỏi, nhưng đau nhiều hơn và lan rộng xuống mạng sườn phải, hố chậu phải rồi lan khắp bụng. Thăm khám thấy bụng trướng, tăng cảm giác đau và có phản ứng thành bụng khắp bụng hay có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc, ít khi thấy co cứng thành bụng. Thăm trực tràng thấy túi cùng Douglas phồng đau.

Siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính thấy có dịch ổ bụng + hình ảnh tắc mật do sỏi. Chỉ định mổ cấp cứu.

3.2. Viêm phúc mạc mật

Là hiện tượng tắc mật gây hoại tử đường mật, túi mật hay áp xe gan vỡ, qua đó, dịch mật cùng vi khuẩn tràn vào trong ổ bụng. Là một biến chứng nặng, phải mổ cấp cứu.

Bệnh cảnh lâm sàng biểu hiện tương tự thấm mật phúc mạc, tình trạng toàn thân thường có hội chứng nhiễm khuẩn rầm rộ hơn và suy sụp nhanh chóng.

Chỉ định mổ cấp cứu càng sớm càng tốt.

3.3. Sốc nhiễm trùng đường mật

Là biến chứng nặng và là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong trong sỏi đường mật.

- Biểu hiện bằng hội chứng đáp ứng toàn thể (có ít nhất ≥ 2 triệu chứng sau: thân nhiệt trên 38°C hay dưới 36°C , tần số tim > 90 chu kỳ/phút, tần số thở > 20 lần/phút hay $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg, số lượng bạch cầu máu hoặc > 12 G/L hoặc < 4 G/L do nhiễm khuẩn) và có suy chức năng của cơ quan, giảm tưới máu tổ chức, biểu hiện bằng tăng a xít lactic máu, thiếu niệu, thay đổi tri giác, thiếu oxy máu hay tụt huyết áp (huyết áp tâm thu < 90 mmHg hay giảm ít nhất 40 mmHg so với số đo thường ngày ở người tăng huyết áp mà không do nguyên nhân khác như sốc tim, sốc mất máu ...).

- Thái độ điều trị: phải dẫn lưu giảm áp đường mật cấp cứu phối hợp điều trị suy tạng, chống nhiễm khuẩn đường mật và xử trí nguyên nhân khi tình trạng bệnh nhân cho phép.

3.4. Áp xe gan đường mật và các biến chứng

- Lâm sàng: bệnh nhân bị viêm đường mật cấp tính không được điều trị hay điều trị không có kết quả, sốt cao liên tục kéo dài, tình trạng toàn thân suy sụp, đau không giảm, tăng lên khi hít sâu, khi sờ nắn trên gan. Rung gan ấn kẽ sườn (+).

- Cận lâm sàng: chẩn đoán hình ảnh: thấy hình ảnh ổ áp xe đường mật với đặc điểm thường nhiều ổ, ở nhiều vị trí, kích thước khác nhau thông với đường mật (trên cộng hưởng từ đường mật hay chụp đường mật có cản quang: hình ảnh chùm hoa và cành hoa), cho biết các thông tin về tình trạng đường mật và sỏi đường mật.

Thái độ điều trị: dẫn lưu giảm áp đường mật cấp cứu và mổ sớm.

3.5. Chảy máu đường mật

Là một biến chứng nặng, tỉ lệ tử vong cao

- Lâm sàng: ở Âu Mỹ thường do biến chứng của chấn thương gan, biểu hiện tam chứng Whitmann. Ở nước ta, chảy máu đường mật trong bệnh lý sỏi đường mật chính được Tôn Thất Tùng mô tả “chảy máu đường mật nhiệt đới” với đặc điểm chảy máu đường tiêu hóa trên dai dẳng, kéo dài không có qui luật kèm với triệu chứng của sỏi mật. Dấu hiệu Foldari: nôn ra cục máu đông hình thỏi bút chì rất có giá trị trên lâm sàng để chẩn đoán chảy máu đường mật nhưng rất hiếm gặp.

- Cận lâm sàng:

+ Nội soi tiêu hóa: có thể thấy dịch mật lẫn máu chảy xuống tá tràng qua nhú Vater.

+ Siêu âm: thấy hình ảnh sỏi mật kèm hình ảnh của cục máu đông trong đường mật.

+ CT Scanner: là lựa chọn đầu tiên do không xâm lấn như chụp mạch, có thể thấy thoát thuốc sang đường mật hay hình giả phình mạch.

- Điều trị:

+ Mổ cấp cứu khi chảy máu ồ ạt (ít gặp) hay mổ cấp cứu có trì hoãn, tìm vị trí chảy máu để xử trí cắt gan hạ phân thủy hay phân thủy mới xử lý triệt để nguồn gốc chảy máu.

+ Nút động mạch gan chọn lọc là kỹ thuật được lựa chọn khi có hình ảnh chảy máu trên CT Scanner.

+ Mổ thắt động mạch gan kèm lấy sỏi dẫn lưu Kehr đường mật ngày nay ít làm do nguy cơ chảy máu tái phát cao.

3.6. Viêm tụy cấp

Là một biến chứng nặng cần can thiệp cấp cứu, tổn thương tụy có thể là hình thái thể phù hay hoại tử.

- Triệu chứng lâm sàng: biểu hiện của tắc mật cấp, đau dữ dội hơn, lan rộng ở vùng trên rốn, xuyên ra sau lưng, sau lan khắp bụng. Thăm khám: ngoài các triệu chứng của tắc mật cấp còn gặp các triệu chứng của viêm tụy cấp như: phản ứng vùng trên rốn, điểm sườn lưng đau.

Cận lâm sàng: xét nghiệm amylase trong máu tăng gấp 3 lần giá trị tối đa bình thường. Siêu âm hay chụp cắt lớp thấy có tình trạng tắc mật do sỏi phần thấp OMC và hình ảnh tổn thương của tụy bị viêm cấp tính.

- Điều trị: phối hợp điều trị viêm tụy cấp và giải quyết nguyên nhân tắc nghẽn (can thiệp hay phẫu thuật) đồng thời với điều trị nhiễm khuẩn đường mật.

3.7. Suy thận

- Là một biến chứng khá thường gặp, do độc tố của vi khuẩn theo dòng máu tới phá huỷ cấu trúc của thận.

- Bệnh cảnh lâm sàng tắc mật cấp kèm các dấu hiệu suy thận như thiếu niệu hay vô niệu, ure, creatinin máu. Khi suy thận nặng có thể gặp rối loạn đông máu kèm theo trong bệnh cảnh suy đa phủ tạng mà trước đây vẫn dùng danh từ thể vàng da chảy máu, ure máu cao để chỉ hình thái nặng có tỉ lệ chết cao này.

- Điều trị phối hợp dẫn lưu giảm áp đường mật cấp cứu, hồi sức cấp cứu và xử lý nguyên nhân khi tình trạng bệnh nhân cho phép.

4. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị nội khoa: là biện pháp áp dụng trước tiên, mục đích:

- Giảm đau bằng các thuốc giãn cơ trơn ...
- Chống nhiễm khuẩn đường mật bằng các kháng sinh phổ rộng, nhạy cảm với vi khuẩn Gram (-) phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn kỵ khí ở hình thái nhiễm khuẩn nặng.
- Điều chỉnh các rối loạn nếu có.
- Dùng thuốc lợi mật nhằm làm trôi những viên sỏi nhỏ có đường kính ≤ 3 mm xuống ruột khi không tắc mật cấp tính. Với những viên sỏi to không xuống được thì cũng là sự chuẩn bị để cho kết quả điều trị lấy sỏi đảm bảo tốt.
- Tẩy giun trước mổ phiên là nguyên tắc bắt buộc nhằm tránh giun lên đường mật sau mổ. Đối với những trường hợp mổ cấp cứu, cần tẩy giun ngay sau khi có nhu động ruột trở lại.

4.2. Điều trị ngoại khoa

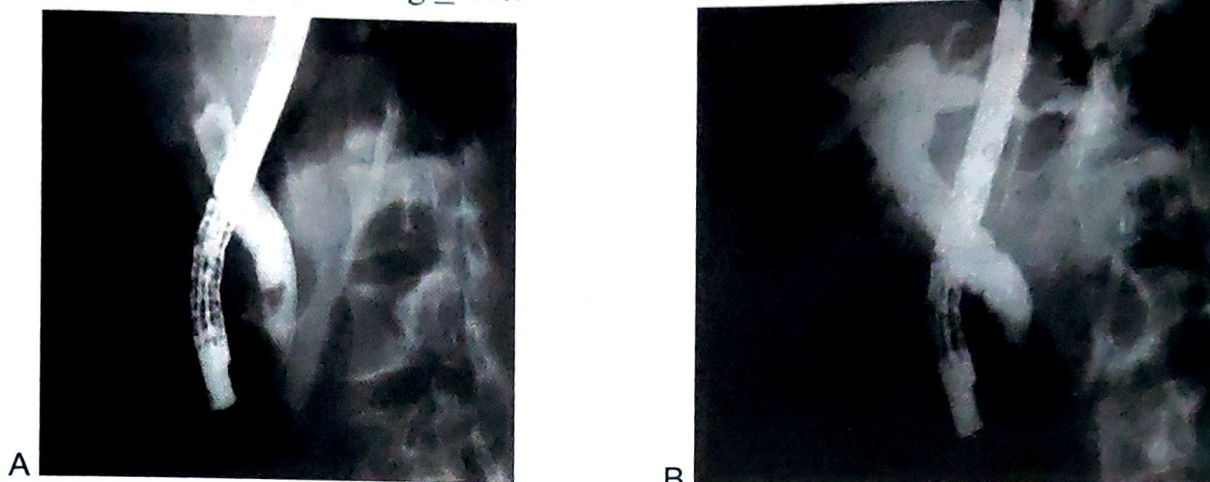
- Mở ống mật chủ lấy sỏi có hoặc không dẫn lưu Kehr là phương pháp thường được áp dụng nhất. Ưu điểm: tôn trọng giải phẫu đường mật, thời gian mổ không quá kéo dài, kỹ thuật không quá phức tạp, dễ áp dụng ở các cơ sở ngoại khoa.

+ Nối ống mật chủ - đường tiêu hoá: được thực hiện sau khi lấy sỏi nhằm tạo đường lưu thông nhân tạo từ đường mật xuống đường tiêu hoá, áp dụng khi có tắc ở phần thấp ống mật chủ hay còn sỏi trong gan ở bệnh nhân đã mổ nhiều lần, tuổi cao nhằm tránh nguy cơ phải mổ lại do sỏi tiếp tục gây tắc đường mật và gây biến chứng. thường nối ống mật chủ với hồng tràng trên qua chữ Y (Roux- en - Y), ít khi nối với tá tràng vì nguy cơ nhiễm khuẩn đường mật ngược dòng cao.

- Cắt gan được chỉ định khi: phần gan chứa sỏi khu trú teo nhỏ (thường có chít hẹp đường mật kèm theo), nhiều ổ áp xe gan khu trú ở mức độ phân thùy hay hạ phân thùy, nghi ngờ ung thư đường mật hoặc xác định được vị trí chảy máu đường mật mà không xử trí được bằng các phương pháp khác.

4.3. Điều trị bằng phương pháp ít xâm lấn

- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) lấy sỏi là kỹ thuật được áp dụng khi bệnh nhân có nhiều nguy cơ khi phẫu thuật và gây mê: bệnh nhân mỡ lại, tuổi cao vv... Có thể không thực hiện được ở người bệnh cắt dạ dày Billroth II, túi thừa tá tràng vv... Tai biến biến chứng có thể gặp như thủng ống tiêu hóa, viêm tụy cấp, chảy máu đường mật, thủng ống mật chủ... Tỷ lệ tử vong $\leq 1\%$.



Hình 6. (A) ERCP trước khi lấy sỏi

(B) Sau khi lấy sỏi

- Tán sỏi đường mật theo đường xuyên gan qua da: là phương pháp được lựa chọn khi không can thiệp lấy sỏi ngược dòng được và sau khi dẫn lưu đường mật qua da ở bệnh nhân có chỉ định tán sỏi qua da. Tai biến và biến chứng có thể gặp như chảy máu đường mật, rách gan, nhiễm khuẩn máu, rò mật vv ... Tỷ lệ chết $\leq 1\%$. Ở những bệnh nhân đã được tạo đường vào qua da như ổ đầu ruột dưới da hay có cầu da túi mật ống mật chủ, tán sỏi qua da mang lại nhiều lợi ích người bệnh tránh phải mổ lại.

4.4. Điều trị viêm đường mật cấp tính

Theo Hướng dẫn Tokyo 2018, điều trị viêm đường mật cấp tính tùy theo mức độ nặng của viêm đường mật, cụ thể như sau:

- Độ 1: Điều trị nội khoa, dẫn lưu đường mật nếu không đáp ứng, điều trị nguyên nhân (nội soi ngược dòng, tán sỏi qua da, phẫu thuật).

- Độ 2: Điều trị nội khoa và dẫn lưu đường mật sớm, điều trị nguyên nhân (nội soi ngược dòng, tán sỏi qua da, phẫu thuật).

- Độ 3: Dẫn lưu đường mật cấp cứu phối hợp chống rối loạn chức năng các cơ quan và chống viêm đường mật cấp tính. Khi ổn định, điều trị nguyên nhân (nội soi ngược dòng, tán sỏi qua da, phẫu thuật).

4.5. Săn sóc sau mổ và điều trị sỏi sót

- Săn sóc dẫn lưu Kehr: đảm bảo nguyên tắc kín, vô trùng, một chiều. Khi lưu Kehr điều trị sỏi sót, phải cung cấp kiến thức cho bệnh nhân để đảm bảo vô trùng, không để Kehr quá lâu gây nguy cơ thủng vào ống tiêu hóa. Chỉ rút Kehr khi thỏa mãn điều kiện rút, tránh phải can thiệp lại do sỏi tiếp tục gây tắc hay rò mật.

- Điều trị sỏi sỏi tiếp tục sau mổ bằng bơm rửa đường mật qua Kehr hàng ngày bằng NaCl 9⁰/₀₀ vô khuẩn là phương pháp thường áp dụng nhất hiện nay, có thể áp dụng lấy sỏi qua đường hầm Kehr. Phương pháp Pribram ngày nay ít làm.

5. GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu rõ vai trò của phòng bệnh, tẩy giun định kỳ, dùng thuốc lợi mật nguồn gốc thảo mộc (nhân trần, actiso) hàng ngày, tránh nhiễm khuẩn đường mật.

- Cung cấp các thông tin về các triệu chứng sớm của bệnh để bệnh nhân biết tầm quan trọng của đi khám định kỳ kiểm tra sau mổ nhằm xử trí sớm khi sỏi tái phát.

- Trường hợp không rút Kehr: phải giải thích rõ cho bệnh nhân biết mục đích lưu Kehr, cách chăm sóc tránh nhiễm khuẩn ngược dòng, khi có dấu hiệu bất thường phải đến khám lại ngay, và phải đến khám đúng hẹn tránh để ống quá lâu dẫn đến hoại tử các tạng lân cận gây nguy hiểm đến tính mạng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày chẩn đoán xác định và nguyên tắc điều trị viêm đường mật cấp tính do sỏi đường mật chính?

Câu 2. Hãy trình bày chẩn đoán xác định và nguyên tắc điều trị thâm mật phúc mạc và viêm phúc mạc mật?

Câu 3. Hãy trình bày chẩn đoán xác định và nguyên tắc điều trị sỏi nhiễm trùng đường mật?

Câu 4. Hãy trình bày chẩn đoán xác định và nguyên tắc điều trị viêm tụy cấp do sỏi mật?

Câu 5. Hãy trình bày chẩn đoán xác định và nguyên tắc điều trị chảy máu đường mật?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hối (2000), "Bệnh sỏi đường mật ở Việt Nam, những vấn đề đang đặt ra", *Ngoại khoa*, XL(2), tr 1- 13.
2. Trần Bảo Long (2004), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả các trường hợp sỏi mật mổ lại, *Luận án tiến sĩ y học*, Hà Nội.
3. Tôn Thất Tùng (1971), "Chảy máu đường mật vùng nhiệt đới", *Cắt gan*, Nhà xuất bản Y học, tr 243-258.
4. Seiki Kiriya Kazuto Kozaka Tadahiro Takada et al (2018), Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos), *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 25:17-30.
5. Fumihiko Miura Kohji Okamoto Tadahiro Takada et al (2018), Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis, *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 25:31-40.

HỆP MÔN VỊ

Phạm Đức Huân

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các nguyên nhân gây hẹp môn vị thường gặp.
2. Trình bày được triệu chứng và chẩn đoán hẹp môn vị.
3. Trình bày được nguyên tắc và phương pháp điều trị một số nguyên nhân gây hẹp môn vị thường gặp.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp môn vị (HMOV) là một hội chứng do nhiều nguyên nhân gây ra làm cản trở lưu thông thức ăn và dịch dạ dày xuống tá tràng. Các nguyên nhân hay gặp nhất là ổ loét dạ dày tá tràng và ung thư hang môn vị.

Hẹp môn vị thường có các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng điển hình, dễ chẩn đoán nhưng đó là các biểu hiện muộn của các bệnh khác nhau. Ngày nay, nhờ những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý dạ dày tá tràng, nhất là bệnh loét dạ dày tá tràng nên tỉ lệ hẹp môn vị đó giảm đáng kể.

Điều trị hẹp môn vị chủ yếu là phẫu thuật. Hẹp môn vị được coi là một cấp cứu ngoại khoa có tri hoãn vì hẹp môn vị làm thức ăn không tiêu hoá được, gây nôn làm cho bệnh nhân nhanh chóng bị suy kiệt, rối loạn nước, điện giải nặng nề. Do vậy, cần hồi sức, nuôi dưỡng và điều chỉnh rối loạn điện giải tích cực trước mổ. Tùy nguyên nhân mà có các phương pháp điều trị khác nhau cho từng loại bệnh.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Loét dạ dày tá tràng

Loét dạ dày - tá tràng trước kia là nguyên nhân thường gặp nhất gây hẹp môn vị. Trong những năm gần đây, nhờ những hiểu biết sâu về nguyên nhân của bệnh và vai trò của vi khuẩn *Helicobacter pylori* nên điều trị bệnh đạt kết quả rất cao do đó biến chứng hẹp môn vị do loét dạ dày tá tràng đã giảm nhiều.

Các ổ loét dạ dày tá tràng gây hẹp môn vị là các ổ loét ở hành tá tràng, môn vị hoặc tiền môn vị. Hẹp môn vị có thể là tạm thời do ổ loét viêm, phù nề kết hợp trong các đợt cấp hoặc hẹp liên tục do ổ loét bị xơ hóa dần dần qua nhiều đợt tiến triển.

2.2. Ung thư dạ dày

- Ung thư dạ dày là nguyên nhân thường gặp nhất của hẹp môn vị và là nguyên nhân thường gặp nhất gây hẹp môn vị ở Việt Nam.

- Vị trí ung thư dạ dày gây hẹp môn vị là các khối u ở hang, môn vị.

2.3. Các nguyên nhân khác

- Các khối u dạ dày lành tính ở môn vị hay gần môn vị, u lao.
- Bông: Sẹo gây chít hẹp lòng hang vị do uống phải chất kiềm, toan.
- U phía ngoài đè vào như u tụy, viêm tụy mạn.
- Hẹp phì đại môn vị ở trẻ nữ nhi: Là nguyên nhân gây hẹp môn vị thường gặp nhất ở trẻ em.

3. SINH LÝ BỆNH TRONG HẸP MÔN VỊ

Trong giai đoạn đầu của hẹp môn vị, dạ dày tăng trương lực, tăng nhu động để thắng sự cản trở của nguyên nhân gây hẹp. Do vậy, trong giai đoạn này bệnh nhân thường đau nhiều và nôn sớm sau ăn.

Giai đoạn muộn, dạ dày mất trương lực, giãn to nên nôn chậm và nhiều dẫn tới mất nước, điện giải, giảm Cl^- , Na^+ , K^+ trong máu, tăng dự trữ kiềm và mất acid (kiềm chuyển hóa). Giảm thể tích tuần hoàn dẫn tới suy thận chức năng. Do không ăn được và nôn kéo dài dẫn tới suy kiệt, giảm albumin, thiếu máu...

4. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN HẸP MÔN VỊ

Chẩn đoán hẹp môn vị dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

4.1. Triệu chứng lâm sàng

4.1.1. Triệu chứng cơ năng

Đau bụng vùng trên rốn: Giai đoạn đầu thường đau sau bữa ăn, tính chất đau không có gì đặc biệt. Giai đoạn sau, đau muộn sau ăn 2-3 giờ, càng về sau đau càng xa bữa ăn. Lúc đầu đau cơn, sau các cơn đau liên tiếp nhau. Đau nhiều có khi làm bệnh nhân không dám ăn mặc dù có cảm giác đói. Giai đoạn cuối, đau âm ỉ, liên tục do dạ dày giảm hoặc mất trương lực không còn co bóp nữa.

Nôn: Giai đoạn đầu thường có cảm giác đầy bụng, buồn nôn. Sau đó, nôn xuất hiện nhiều hơn, nôn ra dịch ứ đọng của dạ dày, thường có màu xanh đen, lẫn thức ăn, sau nôn được thì hết đau. Nhiều khi bệnh nhân phải tự móc họng cho nôn ra mới thấy dễ chịu. Trong giai đoạn cuối, nôn ít hơn nhưng số lượng một lần nôn lại nhiều hơn, thậm chí nôn cả ra thức ăn của 2-3 ngày trước. Nước nôn có màu nâu đen dễ nhầm với nôn ra máu.

4.1.2. Triệu chứng toàn thân

Tình trạng toàn thân suy sụp rõ rệt, tình trạng mất nước: gầy, mặt hốc hác, mắt trũng sâu, da khô, nhãn nhoe. Trong trường hợp hẹp môn vị do ung thư, bệnh nhân thường có biểu hiện của thiếu máu mạn tính như da và niêm mạc nhợt, hồng cầu và hematocrit giảm.

4.1.3. Triệu chứng thực thể

Bụng lõm: Trong giai đoạn đầu khi hẹp môn vị chưa hoàn toàn, bụng có thể bình

thường. Khi hẹp khít, nhìn thấy trên rốn phồng, dưới rốn lép kẹp, lõm xuống, hai vùng cánh chậu nhô cao, tạo hình ảnh “bụng lõm lòng thuyền”.

Tăng sóng nhu động dạ dày: Những đợt sóng nhu động xuất hiện tự nhiên hay khi kích thích nhẹ lên thành bụng. Sóng bắt đầu từ dưới sườn trái chuyển dần về phía dưới sườn phải, nhìn rõ dưới da, đôi khi có thể nghe thấy tiếng ùng ục khi kết thúc một đợt sóng nhu động.

Dấu hiệu Bouveret: Đặt bàn tay lên vùng trên rốn của bệnh nhân có cảm giác căng lên từng đợt.

Dấu hiệu óc ách khi đói: Cầm hai bàn tay vào hai bên mạng sườn bệnh nhân lắc qua, lắc lại vào buổi sáng khi bệnh nhân chưa ăn uống hoặc cách xa bữa, nghe có tiếng óc ách vùng trên rốn. Triệu chứng này chỉ có giá trị khi đói và rất có giá trị chẩn đoán hẹp môn vị.

Ước lượng dịch dạ dày: Đặt ống thông dạ dày vào buổi sáng, lúc đói hút ra 200 ml dịch dạ dày là có hẹp môn vị.

4.2. Cận lâm sàng

4.2.1. Chụp dạ dày cản quang

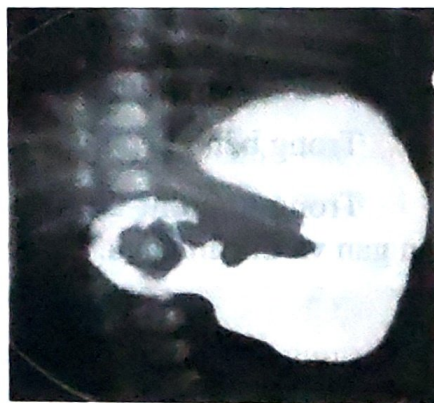
- **Giai đoạn sớm:** Thấy dạ dày tăng thúc tính, có nhiều nhu động khi soi, có hình hẹp tá tràng hay môn vị, hang vị giãn, thuốc qua môn vị chậm. Trong giai đoạn đầu, chụp dạ dày có thể chẩn đoán được nguyên nhân gây hẹp do loét dạ dày - tá tràng hay ung thư. Trong hẹp môn vị do ung thư, có thể thấy hình khuyết hoặc hình cắt cụt nham nhở ở hang vị. Trong hẹp do loét hành tá tràng, thấy hang vị giãn to, hành tá tràng teo nhỏ, có ổ đọng thuốc. Trong hẹp môn vị phì đại, thấy có hình môn vị hẹp đều kéo dài, điển hình có hình ảnh như chiếc “dù”.



A



B



C

Hình 1. Hình ảnh X quang hẹp môn vị (HMV) giai đoạn sớm.

A: HMV do loét hành tá tràng; B: HMV do ung thư; C: HMV phì đại

- **Giai đoạn muộn:** Soi trên màn tăng sáng thấy hình ảnh tuyết rơi do baryt rơi từ từ qua lớp nước ứ đọng của dạ dày. Chụp thấy dạ dày giãn to, đáy dạ dày sa xuống thấp, giảm hay mất nhu động, tạo hình chậu khá rõ, có ba mức: dưới là baryt, giữa là nước ứ đọng, trên là túi hơi dạ dày. Sóng nhu động nhẹ và thưa, thức ăn xuống tá tràng rất ít, thậm chí không xuống. Chụp sau 6 giờ vẫn có thuốc ở dạ dày.

- **Giai đoạn cuối (hẹp hoàn toàn):** các hình ảnh tuyết rơi, hình chậu càng rõ rệt, dạ dày không còn sóng nhu động, sau 12 - 24 giờ chụp vẫn còn baryt ở dạ dày. Trong giai đoạn muộn, chỉ thấy hình ảnh hẹp môn vị, không xác định được nguyên nhân.

Sau chụp X quang dạ dày cần quang cần phải rửa dạ dày để lấy hết baryt, để phòng thủng làm baryt tràn ra ổ bụng gây hậu quả rất nặng nề. Ngày nay, baryt đã được thay thế bởi Telebrix, loại thuốc cản quang có khả năng tan trong nước.



Hình 2. Hẹp môn vị giai đoạn muộn.

4.2.2. Nội soi dạ dày

Phải rửa dạ dày trước khi soi dạ dày. Khi soi thấy dạ dày giãn to, ứ đọng. Trong hẹp môn vị do ung thư, nội soi sẽ thấy khối u sùi hoặc ổ loét sùi vùng hang môn vị. Trong trường hợp này, phải sinh thiết nhiều mảnh u để chẩn đoán mô bệnh học. Trong trường hợp hẹp môn vị do loét dạ dày hành tá tràng, nội soi có thể nhìn thấy các ổ loét ở tiền môn vị. Đối với các ổ loét ở môn vị và hành tá tràng gây hẹp, nội soi có thể nhìn thấy tổn thương nếu hẹp nhẹ, nhiều khi không nhìn thấy tổn thương nếu hẹp khít.

4.2.3. Các phương pháp cận lâm sàng khác

- Siêu âm ổ bụng:

Trong bệnh hẹp môn vị phì đại: Cơ môn vị dày lên có hình quả Olive.

Trong ung thư dạ dày: Có thể thấy thành dạ dày dày lên nhưng chủ yếu là tìm di căn gan và di căn hạch. Có thể thấy khối u của tụy trong hẹp môn vị do u đầu tụy...

- Chụp cắt lớp vi tính: Chụp cắt lớp vi tính được chỉ định cho các bệnh lý hẹp môn vị như ung thư dạ dày, u tụy... nhằm để đánh giá mức độ xâm lấn của khối u, di căn tạng và di căn hạch để làm bilan và lựa chọn phương pháp điều trị.

4.2.4. Xét nghiệm sinh hóa máu

- Hồng cầu, hematocrit tăng nhẹ. Trong trường hợp hẹp do ung thư dạ dày có thể có thiếu máu.

- Rối loạn điện giải: Na^+ , K^+ , Cl^- giảm.

- Ure tăng nhẹ.

4.3. Các thể lâm sàng

4.3.1. Hẹp môn vị do loét dạ dày - tá tràng

- Bệnh nhân thường có tiền sử đau bụng chu kỳ vùng trên rốn nhiều năm.

Các triệu chứng lâm sàng thường điển hình và bệnh tiến triển từng đợt, sau đó hẹp môn vị trở thành thực thể, xuất hiện thường xuyên, ngày một nặng thêm.

Chụp X quang trong giai đoạn sớm thấy hang vị giãn to, tăng nhu động, hành tá tràng teo nhỏ, có thể thấy ổ đọng thuốc, thuốc qua môn vị chậm. Trong giai đoạn muộn, dạ dày có hình đáy.



Hình 3. HMV do loét tiền môn vị

- Nội soi dạ dày có thể nhìn thấy được các ổ loét ở tiền môn vị và các ổ loét hành tá tràng nếu hẹp nhẹ. Trong trường hợp môn vị hẹp khít thì không nhìn thấy tổn thương.

4.3.2. Hẹp môn vị do ung thư dạ dày

- Thường gặp ở bệnh nhân > 40 tuổi.

- Ngoài các triệu chứng hẹp môn vị, toàn thân thường có dấu hiệu mệt mỏi, gầy sút và thiếu máu. Khám bụng có thể sờ thấy khối u chắc vùng trên rốn.

- Chụp X quang dạ dày giãn, ứ đọng, có thể thấy hình cắt cụt hoặc hình khuyết ở hang vị.

- Soi dạ dày và sinh thiết có giá trị chẩn đoán xác định bệnh.



Hình 4. HMV do ung thư hang vị

- Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác như siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, siêu âm dạ dày nội soi để đánh giá mức độ xâm lấn thành, di căn hạch và di căn xa.

4.3.3. Hẹp phì đại cơ môn vị

- Bệnh xuất hiện sau khi đẻ 2-4 tuần.

- Bệnh nhân có nôn trớ, bụng trên rốn trướng.

- Tăng sóng nhu động dạ dày.

- Khám bụng thường sờ thấy khối hình ovan nhỏ trên rốn.

- Chụp dạ dày: Hình dạ dày giãn, môn vị nhỏ, kéo dài, điển hình là hình chiếc dù.



Hình 5. HMV phì đại trên siêu âm

- Siêu âm bụng: Dạ dày giãn, ứ đọng, môn vị hình ovan, dày > 3,5 mm, giảm âm. Trên cúp cắt dọc, môn vị nhỏ, hình dài > 15-20 mm.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

Hẹp môn vị là một cấp cứu ngoại khoa trì hoãn. Trước mổ cần hồi sức tích cực, bồi phụ nước, điện giải, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trước mổ 3-5 ngày. Rửa dạ dày ngày đầu bằng nước ấm, dùng ống to (Faucher), những ngày sau đặt ống thông dạ dày qua mũi bằng ống thông nhỏ. Điều trị kháng sinh toàn thân, thuốc chống viêm niêm mạc, đối với hẹp môn vị do loét có nhiễm *Helicobacter Pylori* thì điều trị diệt trừ *Helicobacter Pylori* phối hợp là rất quan trọng. Sau đó, mổ để giải quyết nguyên nhân gây hẹp môn vị.

5.2. Điều trị hẹp môn vị do loét dạ dày tá tràng

Với những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh loét dạ dày tá tràng, nhất là xác định nguyên nhân chính gây bệnh là vi khuẩn *Helicobacter Pylori*, biến chứng hẹp môn vị càng ngày càng ít gặp. Trong điều trị hẹp môn vị do loét, ngoài việc hồi sức, nuôi dưỡng tích cực bằng đường tĩnh mạch, cần điều trị trước mổ bằng thuốc ức chế bài tiết dịch vị như kháng H_2 tổng hợp, hoặc thuốc ức chế bơm proton, phối hợp với kháng sinh để diệt trừ vi khuẩn *Helicobacter Pylori*.

5.2.1. Điều trị nội khoa và nong môn vị

Trong các trường hợp hẹp môn vị do loét hành tá tràng ở mức độ nhẹ chủ yếu do phù nề, điều trị nội khoa và diệt trừ *Helicobacter Pylori* thường mang lại kết quả tốt.

Trong trường hợp có hẹp xơ chai thực sự, điều trị nội thường không mang lại kết quả, ống nội soi qua được chỗ hẹp, có thể điều trị bằng phương pháp nong môn vị. Tuy nhiên, nong môn vị cũng có nguy cơ tai biến thủng tá tràng.



Hình 6. Nong hẹp môn vị

5.2.2. Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định: Các trường hợp hẹp môn vị do loét xơ chai, điều trị nội khoa và nong môn vị thất bại.

- Các phương pháp phẫu thuật:

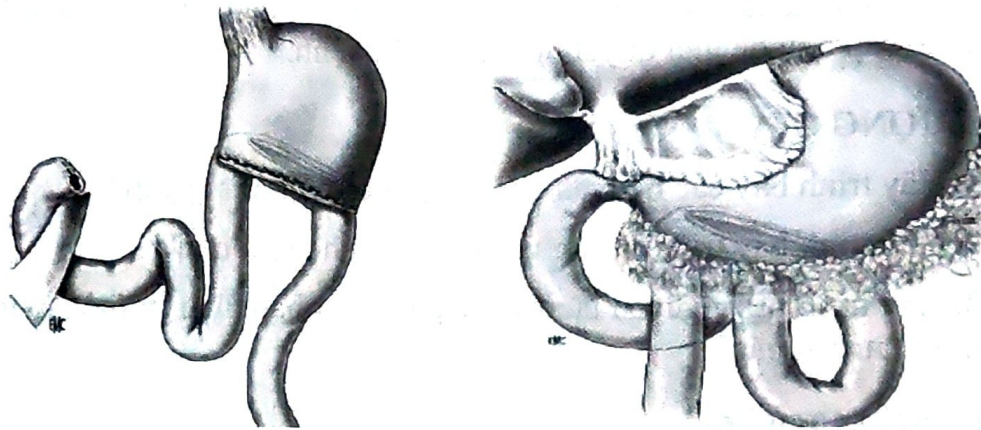
Các phương pháp phẫu thuật điều trị hẹp môn vị do loét dạ dày - tá tràng bao gồm:

+ Cắt 2/3 dạ dày: Ngày nay ít áp dụng.

+ Cắt hang vị + cắt thần kinh X toàn bộ.

+ Cắt thần kinh X toàn bộ + nối vị tràng: Chỉ định cho các trường hợp hẹp môn vị giai đoạn sớm khi dạ dày chưa giãn nhiều.

+ Nối vị - tràng đơn thuần được áp dụng cho các trường hợp bệnh nhân quá già yếu, thể trạng suy kiệt, có bệnh toàn thân phối hợp nặng. Trong trường hợp nặng, nguy cơ mổ cao có thể nong và hoặc đặt stent môn vị.



Hình 7. Phẫu thuật điều trị hẹp môn vị.

A: Cắt 2/3 dạ dày; B: Nối vị tràng.

5.3. Điều trị hẹp môn vị do ung thư dạ dày

5.3.1. Nguyên tắc điều trị

- Cắt dạ dày rộng, cách bờ trên u > 5 cm trong ung thư dạ dày thể ruột, > 8 cm cho ung thư dạ dày thể lan tỏa và vét hạch D2.

- Điều trị hóa chất hỗ trợ: Chỉ định cho các trường hợp ung thư có di căn hạch.

5.3.2. Các phương pháp phẫu thuật

- Cắt dạ dày bán phần hoặc gần toàn bộ: Chỉ định cho các ung thư hang môn vị.

- Cắt dạ dày toàn bộ: Chỉ định cho các ung thư thân vị dạ dày, ung thư tâm phình vị, ung thư thể thâm nhiễm.

- Nối vị tràng hoặc đặt stent: Chỉ định cho các trường hợp ung thư xâm lấn, di căn phúc mạc.

- Mở thông hồng tràng: Khi hẹp môn vị do ung thư dạ dày không còn khả năng cắt và nối vị tràng.

5.4. Điều trị hẹp môn vị phì đại

Phẫu thuật mở cơ môn vị ngoài niêm mạc là phương pháp điều trị được lựa chọn trong bệnh hẹp môn vị phì đại. Cần hồi sức tốt trước mổ: bồi phụ nước, điện giải; nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

6. KẾT LUẬN

Hẹp môn vị là một hội chứng cấp cứu ngoại khoa thường gặp do nhiều nguyên nhân gây ra. Chẩn đoán hẹp môn vị thường không khó và có thể dựa vào thăm khám lâm sàng. Chẩn đoán xác định nguyên nhân chủ yếu dựa vào các thăm khám cận lâm sàng, đặc biệt là các phương tiện chẩn đoán nội soi và chẩn đoán hình ảnh.

Về điều trị, đây là một cấp cứu ngoại khoa có trì hoãn, cần phải hồi sức tích cực trước mổ và mổ cấp cứu để giải quyết nguyên nhân bệnh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày các nguyên nhân hẹp môn vị thường gặp?

Câu 2. Hãy trình bày triệu chứng và chẩn đoán hẹp môn vị?

Câu 3. Hãy trình bày nguyên tắc và các phương pháp điều trị một số nguyên nhân gây hẹp môn vị thường gặp?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asley SW, Evoy D, Daly JM. (1999) Stomach. Principles of surgery. Seventh edition. *Mc Graw, SJ*. 1181-1215.
2. Abderrahmane M, Jihane Q et coll. (2017) *Efficacite de la dilatation endoscopique des ulcers bulbaires stenosants*.
3. Kochar R, Kochar S. (2010) Endoscopic balloon dilatation for benign gastric outlet obstruction in adult. *WJGE*, 16,(1), 29-35.
4. Hanh Nguyen Tram, Hernandez M, Ripault MP et al. (1999) Traitement endoscopique des stenoses pyloro-duodenaux par prothese metallique, *Gastro Clin Biol*, 23,12,1405. Abderrahmane
5. Mutter D, Marescaux MD. (2000) Traitement chirurgical des complications des ulcers gastroduodenaux. *Techniques Chirurgicales Appareil Digestif*. EMC, 40-326
6. Mutter D, Marescaux MD. (2000) Gastrectomie pour cancer, *Techniques Chirurgicales Appareil Digestif*. EMC, 40-330.
7. Stephen WB. (2005) Management of complicated peptic ulcer disease, *Arch. Surg*, 140 (2),201-208.
8. Jean-Pierre Triboulet (2010). "Chirurgie de tube digestif haut (*Techniques chirurgicales*). ELSEVIER-MASSON edition 12.2007

GÃY POUTEAU - COLLES

Hoàng Minh Thắng, Phùng Ngọc Hòa

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được định nghĩa, cơ chế chấn thương của gãy Pouteau-Colles.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, X quang và các biến chứng của gãy Pouteau-Colles.
3. Trình bày được các phương pháp điều trị gãy Pouteau-Colles

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Gãy đầu dưới xương quay được mô tả là gãy phần hành xương phía ngoại vi của xương quay, cách mặt khớp khoảng 2-3 cm.

Gãy Pouteau-Colles (hay còn gọi là gãy Colles) là loại gãy đầu dưới xương quay ngoài khớp với di lệch điển hình là ra sau, lên trên và ra ngoài được Claude Pouteau và Abraham Colles mô tả lần đầu tiên năm 1814.

1.2. Dịch tễ học

Gãy đầu dưới xương quay rất phổ biến, chiếm 1/6 tất cả gãy xương trong cấp cứu và chiếm 75% các trường hợp gãy xương cẳng tay. Gãy Colles chiếm 20% của gãy đầu dưới xương quay, gặp nhiều ở người lớn tuổi.

1.3. Nguyên nhân và cơ chế chấn thương

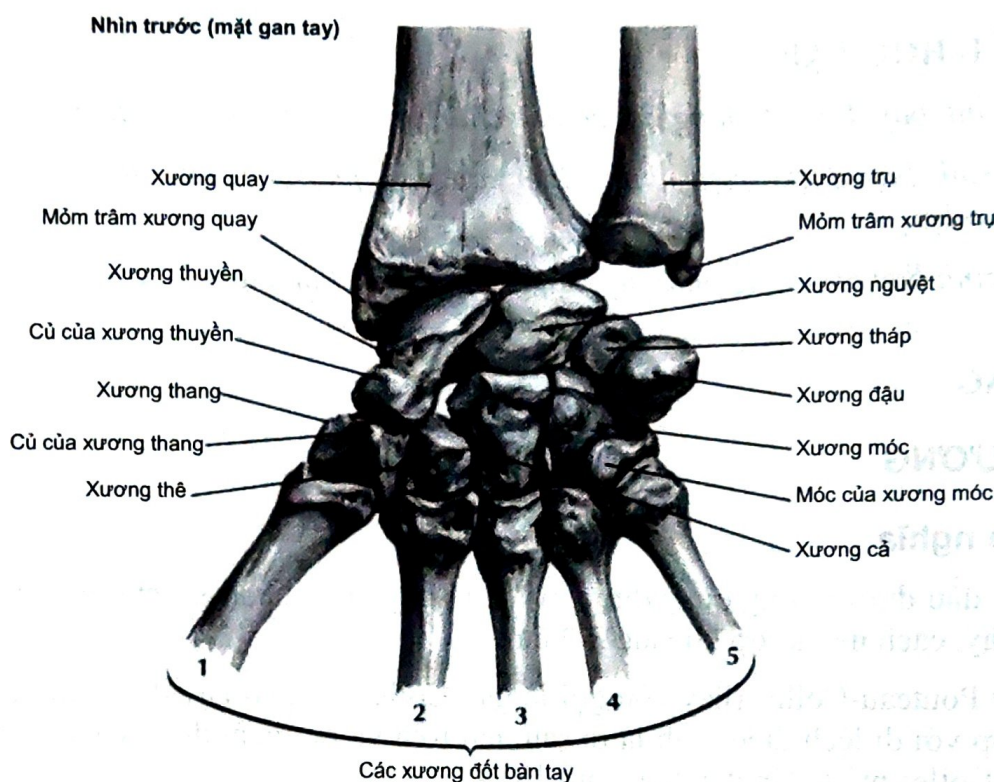
Cơ chế chấn thương ở người trẻ thường là ngã cao, tai nạn giao thông hoặc chấn thương thể thao, trong khi ở người lớn tuổi chỉ cần ngã với lực nhẹ cũng có thể dẫn tới gãy đầu dưới xương quay do loãng xương. Phổ biến nhất là cơ chế chấn thương gián tiếp do ngã chống tay ở tư thế cổ tay duỗi, ngoài ra, cơ chế chấn thương trực tiếp do lực tác động trực tiếp vào cổ tay theo hướng từ trước ra sau ít gặp hơn.

1.4. Giải phẫu ứng dụng

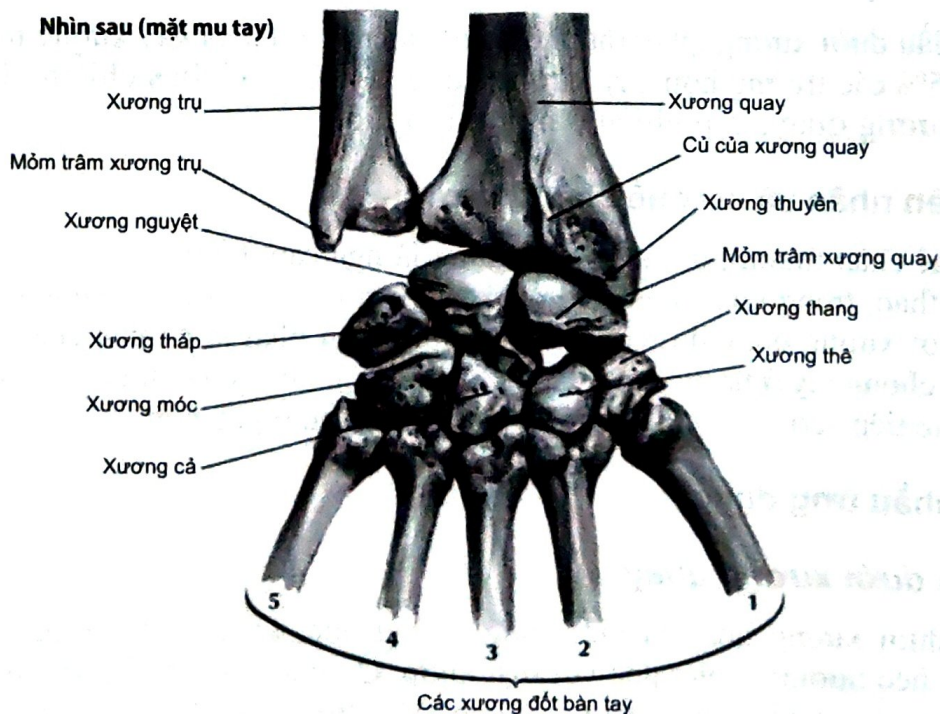
1.4.1. Đầu dưới xương quay

Đầu dưới xương quay là một vùng xương xốp, khoảng 2-2,5 cm, gồm các bè xương xếp theo hướng vuông góc với mặt khớp. Ở người lớn, đầu dưới xương quay có 5 mặt: trước, sau, trong, ngoài và mặt khớp. Mặt trước liên tục với thân xương quay, cong lõm và nhẵn, là nơi bám của ba dây chằng mặt gan cổ tay: dây chằng bên cổ tay quay, dây chằng quay cả và dây chằng quay thấp. Mặt sau không đều, có những gờ và

rãnh cho các gân duỗi và gân dạng trượt qua. Mặt ngoài sờ ngay được dưới da, đỉnh là mòm trâm quay, giới hạn phía sau là lồi củ Lister. Mặt trong có hình tam giác, ở đáy có khuyết Sigma khớp với đầu dưới xương trụ. Mặt khớp có hai phần: hố thuyền và hố nguyệt, tất cả được phủ kín bởi sụn khớp.



Hình 1. Giải phẫu mặt trước đầu dưới xương quay (Frank H. Netter, 2007)



Hình 2. Giải phẫu mặt sau đầu dưới xương quay (Frank H. Netter, 2007)

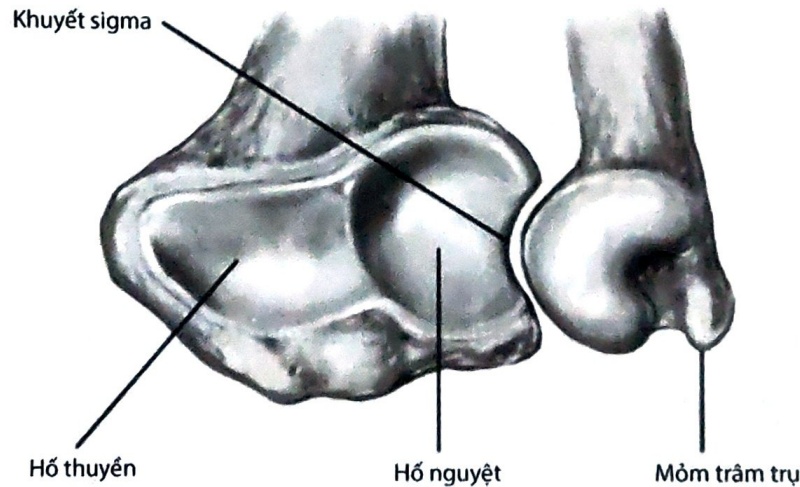
1.4.2. Giải phẫu liên quan

Đầu dưới xương quay có hai khớp: khớp quay - trụ dưới và khớp quay - cổ tay.

Khớp quay - trụ dưới: Tạo bởi chỏm xương trụ và hố Sigma xương quay, ở vùng này có cấu trúc quan trọng là phức hợp sụn sợi tam giác. Gãy Colles với di lệch điển hình như trên có thể gây trật khớp quay - trụ dưới. Đồng thời, tổn thương phức hợp sụn sợi tam giác cũng hay gặp trong gãy đầu dưới xương quay. Vì vậy, sau khi điều trị gãy đầu dưới xương quay tốt mà bệnh nhân vẫn than phiền đau nhiều cần thăm khám lâm sàng tỉ mỉ kết hợp chụp cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang từ vào khớp để chẩn đoán, tránh bỏ sót tổn thương.

Khớp quay - cổ tay: Tạo bởi đầu dưới xương quay và xương thuyền, nguyệt. Do cơ chế gãy đầu dưới xương quay chủ yếu là do ngã chống tay. Vì vậy, xung đột giữa đầu dưới xương quay và xương thuyền, xương nguyệt có thể gây gãy xương thuyền, trật xương nguyệt kèm theo.

Dây chằng: Có dây chằng bên cổ tay - quay và bên cổ tay - trụ, dây chằng quay cổ tay gan tay và mu tay.



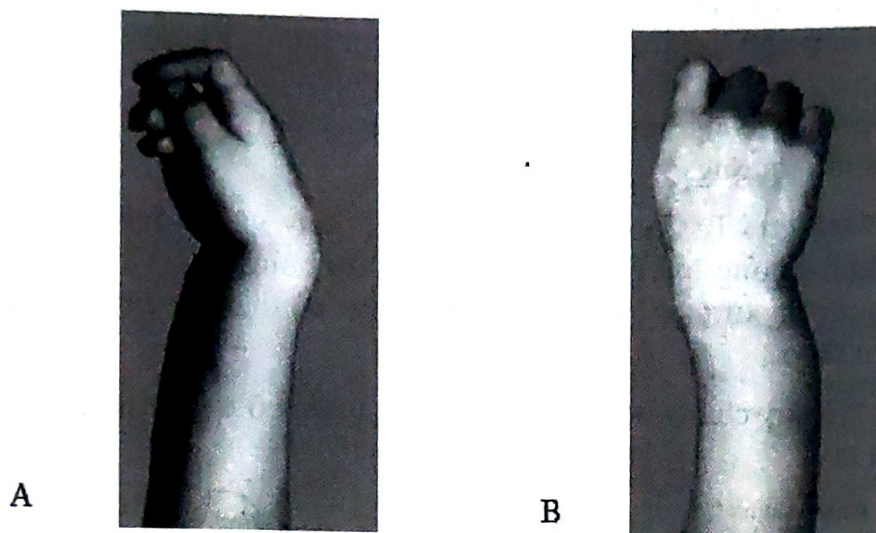
Hình 3. Giải phẫu mặt khớp đầu dưới xương quay (Frank H. Netter, 2007)

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Bệnh nhân đau, giảm hoặc mất cơ năng cổ tay.
- Vùng cổ tay sưng nề, biến dạng.
- Nhìn nghiêng: Đầu dưới xương quay và bàn tay di lệch ra sau, gồ lên, hình lưng đĩa (dấu hiệu Velpeau).
- Nhìn thẳng: Đầu dưới xương quay và bàn tay di lệch ra ngoài làm cho trục cẳng - bàn tay nhìn như hình lưỡi lê.
- Mỏm trâm trụ lồi ra, mỏm trâm quay lên cao hơn hoặc bằng mỏm trâm trụ (dấu hiệu Laugier).

- Ngoài ra cần thăm khám loại trừ tổn thương mạch máu thần kinh kèm theo, đặc biệt thần kinh giữa. Chèn ép thần kinh giữa được mô tả gặp ở 13-23% sau nắn trật hoặc do các chấn thương thần kinh trực tiếp từ các mảnh gãy, tụ máu hoặc tăng áp lực trong ống cổ tay.

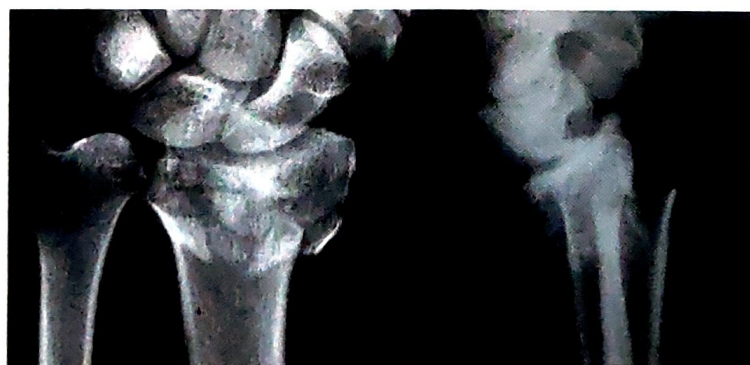


Hình 4. Biến dạng điển hình gãy Pouteau - Colles

2.2. X quang

2.2.1. Tư thế

Phim X quang cổ tay thẳng, nghiêng chất lượng tốt đủ để đánh giá các chỉ số đầu dưới xương quay.



Hình 5. X quang gãy Pouteau - Colles

2.2.2. Đánh giá

Các chỉ số X quang dùng để đánh giá đầu dưới xương quay gồm có:

* Phim thẳng:

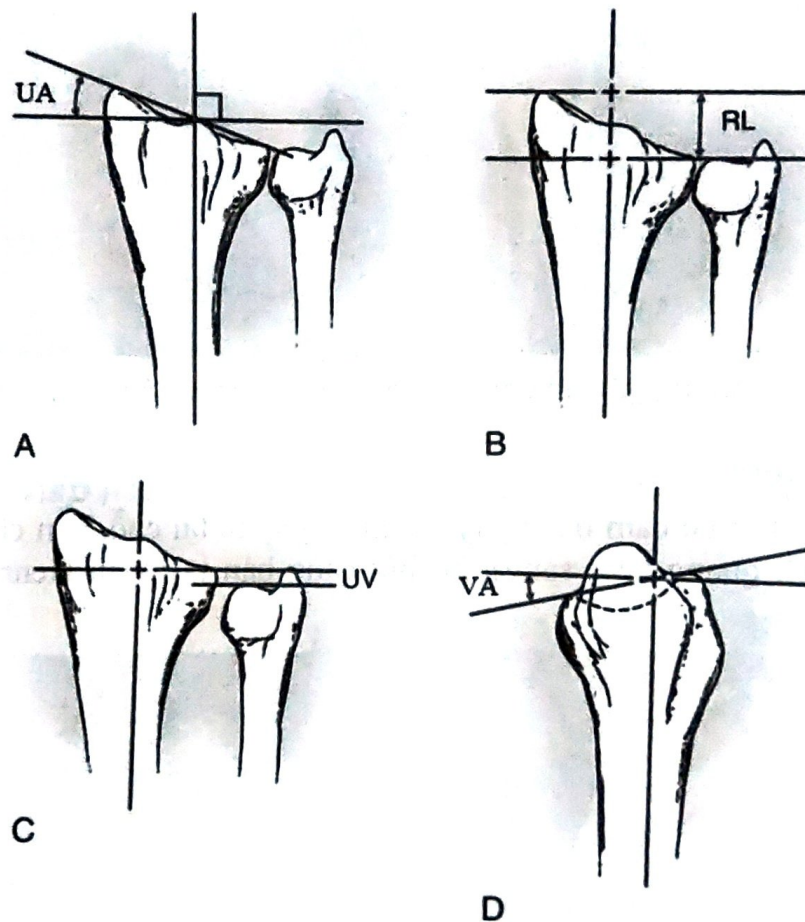
- *Chiều cao mặt khớp (RL: Radial length)*: Khoảng cách giữa hai đường thẳng vuông góc với trục xương: một đường đi qua mỏm trâm quay, một đường đi qua mặt khớp đầu dưới xương trụ. Giá trị trung bình 11mm - 12mm.

- Góc nghiêng trụ (UA: *Ulnar tilt angle*): Góc tạo bởi đường thẳng qua đỉnh mỏm trâm quay và góc trong của hố nguyệt với đường thẳng vuông góc với trục của xương quay, trung bình $22 - 23^\circ$.

- Độ chênh quay trụ (UV: *Ulnar variance*): Là khoảng cách giữa hai đường thẳng vuông góc với trục dọc xương quay: một đường qua góc trong của hố nguyệt, đường còn lại qua mặt khớp đầu dưới xương trụ. Trung bình $-2\text{mm} - 0\text{mm}$. Chỉ số này dương chứng tỏ đầu dưới xương quay di lệch chùng ngấn. Chỉ số này đánh giá sự ngấn của xương quay chính xác hơn là chiều cao mặt khớp.

* Phim nghiêng:

- Góc nghiêng lòng (VA: *Volar tilt angle*): Là góc hợp bởi đường thẳng qua mặt khớp xương quay với đường thẳng vuông góc với trục của xương quay. Giá trị bình thường khoảng $11 - 12^\circ$.



Hình 6. Các chỉ số X quang đầu dưới xương quay

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị bảo tồn

3.1.1. Chỉ định

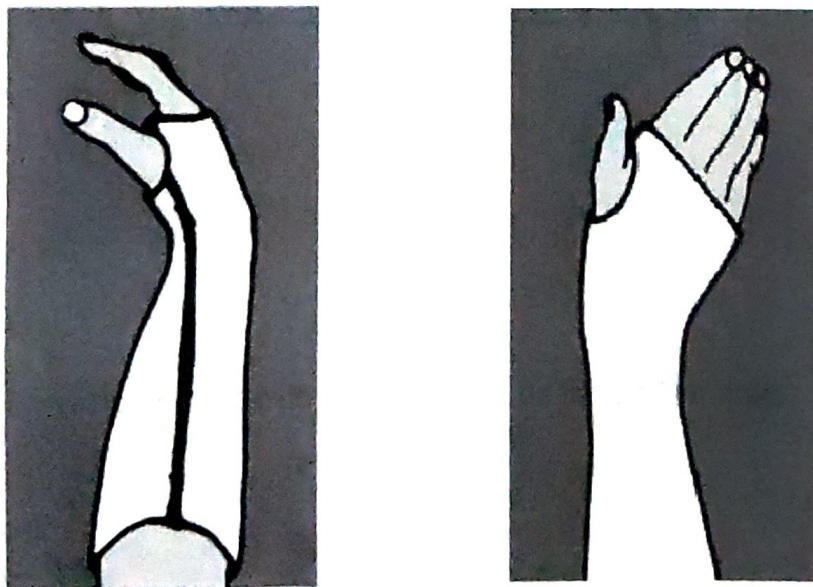
- Gãy ngoài khớp với di lệch ngắn $UV < 5\text{mm}$, $VA < 10^\circ$.
- Người già loãng xương nặng, hoặc có bệnh lý phối hợp không có khả năng phẫu thuật.
- Gãy đầu dưới xương quay trên tay mất chức năng như liệt thần kinh,...
- Gãy bong sụn tiếp ở trẻ em.



Hình 7. X quang gãy đầu dưới xương quay trước và sau nắn bó bột

3.1.2. Phương pháp

Bệnh nhân được vô cảm bằng gây mê hoặc gây tê tại chỗ, nắn chỉnh kín (tốt nhất là dưới màn huỳnh quang tăng sáng), bó bột căng bàn tay kiểu Hennequin, gấp 20° , nghiêng trụ 20° .



Hình 8. Bốt căng bàn tay rạch dọc kiểu Hennequin (gấp cổ tay 20° , nghiêng trụ 20°)

3.1.2.1. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay dạng, khuỷu gấp 90^0 , băng vải kéo 1/3 dưới cánh tay. Cẳng tay bệnh nhân sấp, kê vùng ổ gãy lên giá gỗ có độn bông.

- Người phụ: Một tay nắm ngón cái kéo thẳng theo trục cẳng tay, một tay nắm các ngón còn lại kéo về phía trụ.

- Người nắn: Dùng lòng bàn tay ấn đầu dưới xương quay bệnh nhân về phía gan tay để nắn di lệch trước - sau, tay còn lại đẩy đầu dưới xương quay về phía trụ nắn chỉnh di lệch trong - ngoài.

- Người phụ dần dần kéo cổ tay gấp dần về phía gan tay và nghiêng trụ.

- Bột căng - bàn tay rạch dọc Hennequin.

- Chụp lại X quang kiểm tra sau bó bột.

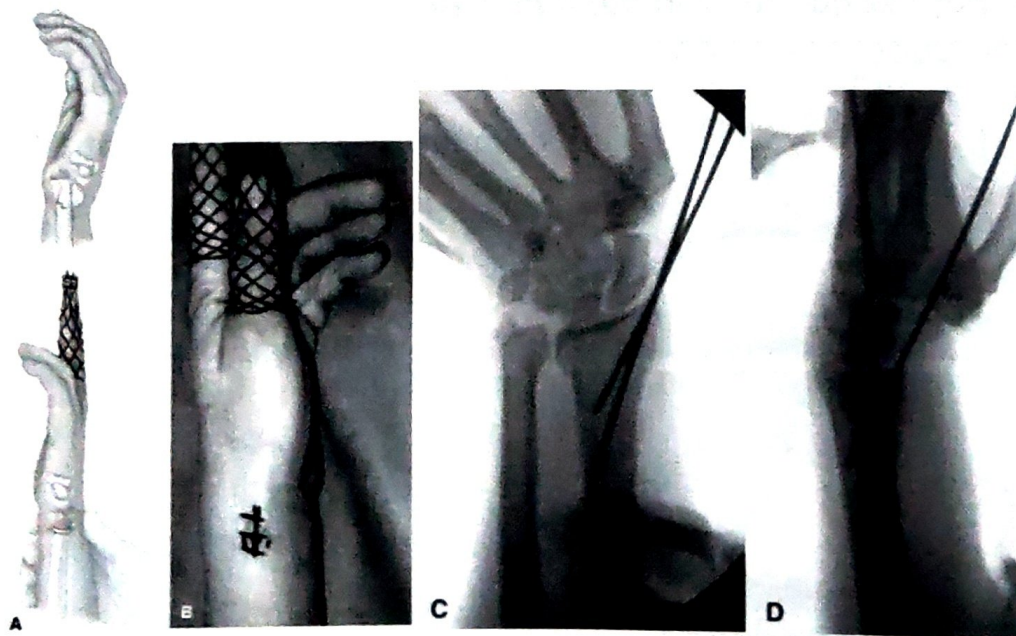
- Sau 7-10 ngày bó lại bột tròn. Để thêm bột 3-4 tuần, sau đó có thể tháo bột tập phục hồi chức năng hoặc thay bột căng - bàn tay khác ở tư thế cơ năng thêm 2-3 tuần tùy trường hợp.

3.1.2.2. Theo dõi và chăm sóc sau bột

Trong thời gian bó bột bệnh nhân cần tập vận động chủ động và thụ động ngón tay và khuỷu cũng như vai, treo tay cao để hạn chế cứng khớp, teo cơ và phù nề. Sau khi tháo bột có thể tập tăng cường biên độ các khớp và sức mạnh cơ.

3.2. Điều trị phẫu thuật

3.2.1. Phương pháp nắn kín, cố định kim qua da dưới màn tăng sáng

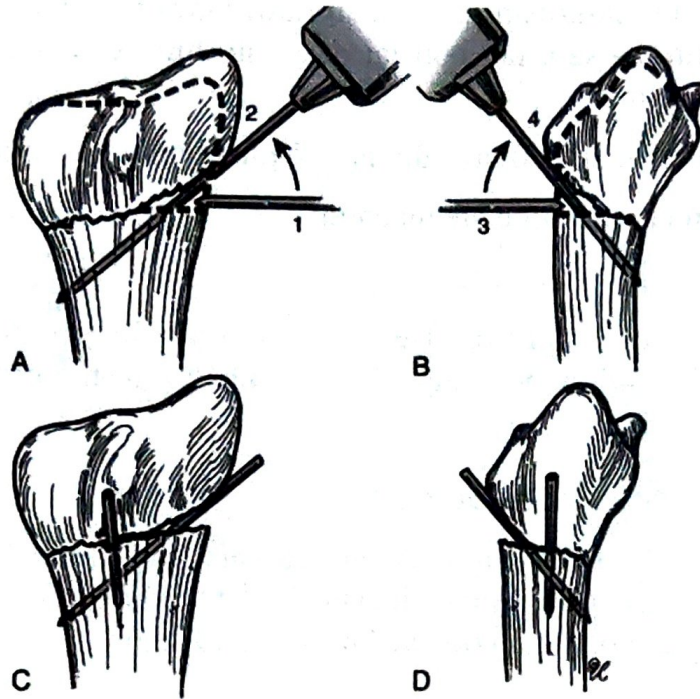


Hình 9. Minh họa phương pháp xuyên kim qua da (Terry, 2013)

A,B: Nắn chỉnh kín ổ gãy và xác định vị trí xuyên kim; C,D: Xuyên kim qua da dưới hỗ trợ C-Arm trên phim thẳng và nghiêng

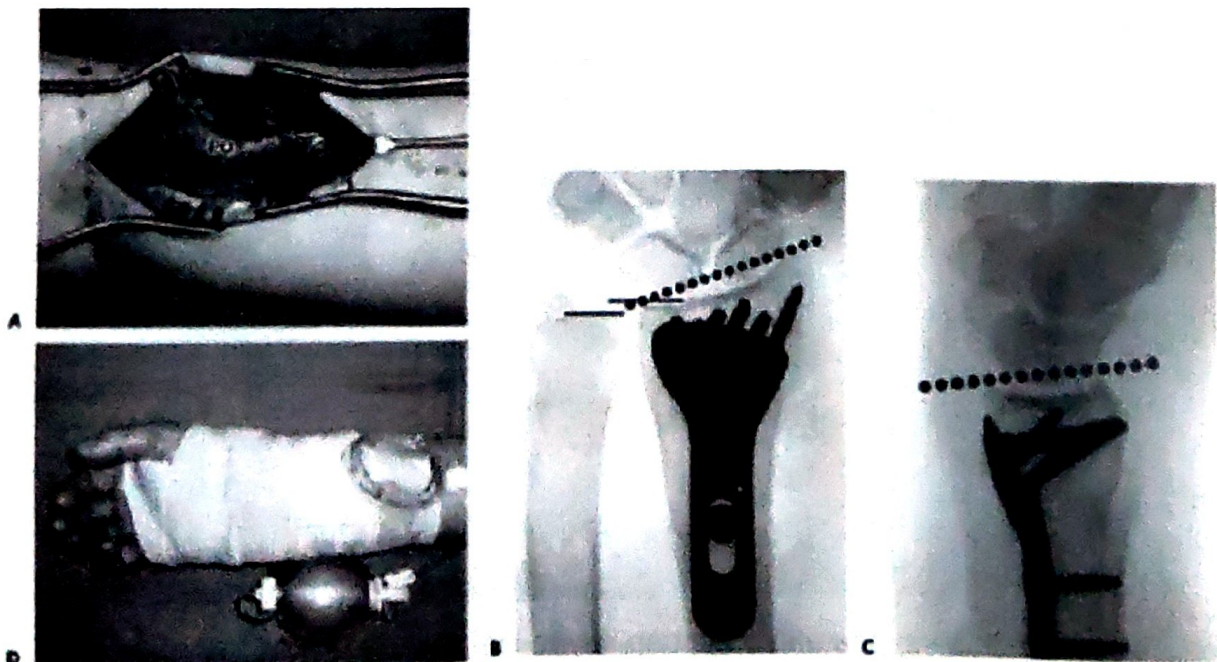
- Theo Lambotte: Dùng 2-3 kim cố định từ móm trâm quay chéo qua ổ gãy qua thành xương bên đối diện, vận động sau mổ và chụp kiểm tra đánh giá đảm bảo ổ gãy được cố định vững.

- Theo Kapandji: Xuyên 2 hoặc 3 kim Kirschner qua ổ gãy sau khi mở đường nhỏ bóc tách bảo vệ thần kinh và mạch máu. Các kim Kirschner tạo thành các chốt chặn ngăn di lệch thứ phát.



Hình 10. Minh họa cách xuyên kim theo Kapandji (Scott, 2010)

3.2.2. Mổ mở, kết hợp xương bằng nẹp vít



Hình 11. Kết hợp xương đầu dưới xương quay bằng nẹp vít qua đường mổ phía trước

- Thường sử dụng đường mổ phía trước (đường mổ Henry).
- Đường mổ phía sau sử dụng với gãy phức tạp diện khớp phía sau của đầu dưới xương quay.
- Bộc lộ và nắn chỉnh ổ gãy.
- Kết hợp xương bằng nẹp vít 3,5mm hoặc các nẹp khóa phù hợp giải phẫu xương.
- Nên kiểm tra dưới màn tăng sáng trong quá trình nắn chỉnh, đặt nẹp vít.

4. BIẾN CHỨNG

4.1. Tổn thương thần kinh giữa

Tổn thương thần kinh giữa tạm thời do đụng dập hoặc căng giãn quá mức liên quan đến loại gãy, mức độ di lệch ban đầu, nắn xương ban đầu, triệu chứng xuất hiện ngay sau chấn thương. Ngược lại, chèn ép thần kinh giữa lâu dài thường do can lệch, nhất là can lệch gấp góc ra sau nhiều, triệu chứng xuất hiện muộn hơn, từ từ, tăng dần. Lâm sàng: bệnh nhân tê ngón 1, 2, 3, động tác đối chiếu ngón 1 mất hoặc yếu, teo cơ ô mô cái là triệu chứng muộn.

4.2. Rối loạn dinh dưỡng

Là hiện tượng rối loạn vận mạch thần kinh gây rối loạn lưu thông máu cục bộ cẳng bàn tay xuất hiện sau gãy Colles. Tần suất xuất hiện khác nhau từ 2-15 %, nguyên nhân gây rối loạn lưu thông máu qua ổ gãy như đau - gây co thắt mạch và ứ đọng máu do phù nề hay bột quá chặt.

Chẩn đoán hội chứng này cần thỏa mãn bốn tiêu chuẩn sau:

- Sau một chấn thương đòi hỏi phải bất động.
- Mức độ đau không tỷ lệ với kích thích gây đau.
- Phù nề, thay đổi tưới máu chi, tiết mồ hôi bất thường ở vùng đau.
- Loại trừ những trường hợp tiềm ẩn khác có thể cho những triệu chứng tương tự.

Hội chứng này chia thành ba giai đoạn, không tách biệt nhau mà có thể chồng lấp lên nhau. Ban đầu có đau, tăng nhiệt độ da, phù nề, tím tái, tăng phát triển lông móng, tăng tiết mồ hôi và loãng xương có thể bắt đầu. Giai đoạn 2: phù nề, dày quanh khớp, da tím lạnh, tăng tiết mồ hôi, móng dễ gãy, loãng xương đốm trên X quang. Giai đoạn cuối: da khô, tái lạnh, teo cơ, mô mềm, loãng xương lan rộng.

Dự phòng bằng cách nắn nhẹ nhàng không gây đau, tập vận động chủ động sớm giúp phục hồi lưu thông máu qua ổ gãy.

4.3. Tổn thương gân

Gồm tổn thương: viêm dính gân và đứt gân. Vận động sớm các ngón tay sau gãy đầu dưới xương quay giúp hạn chế dính gân và giảm phù nề mô mềm.

Biến chứng thường gặp nhất là đứt gân duỗi dài ngón cái, nguyên nhân thường là do thiếu máu nuôi dưỡng cục bộ hơn là do gai xương cọ mòn gân. Điều trị bằng cách nối tận - tận thường không thành công, cần chuyển gân duỗi riêng ngón 2 thay thế.

4.4. Can lệch

Can lệch thường xảy ra theo hướng di lệch ban đầu, gồm: gấp góc, ngắn xương hay mất góc nghiêng trụ. Can lệch có ảnh hưởng lớn tới sự truyền lực qua khớp quay cổ tay và khớp quay trụ dưới.

Gấp góc về phía mu tay quá mức sẽ làm hạn chế gấp gan tay và duỗi quá mức. Điều này dẫn tới đau khớp quay cổ tay và bán trật cổ tay, nhất là những người vận động cổ tay nhiều. Nếu gấp góc về phía mu tay quá 15-20 độ thì có chỉ định cắt xương sửa trục ở những người trẻ vận động cổ tay nhiều.

Ngắn xương quay sẽ dẫn tới chồi đầu dưới xương trụ, ảnh hưởng tới xoay cổ tay do khớp quay trụ dưới không ôm khít với nhau. Cắt đoạn đầu dưới xương trụ để điều trị biến chứng này khá phổ biến, nhưng có thể làm yếu và mất vững cổ tay.

4.5. Khớp giả

Là biến chứng hiếm gặp. Nguyên nhân gồm bất động không tốt, kéo xa các mảnh gãy quá mức trong cố định ngoài. Lâm sàng: gấp 2 lần thời gian liền xương sinh lý mà bệnh nhân còn đau nhiều, di động bất thường tại ổ gãy. X quang giúp khẳng định chẩn đoán. Điều trị: kết hợp xương, ghép xương.

4.6. Thoái hóa khớp cổ tay

Biến chứng này được báo cáo khá nhiều trong gãy phạm khớp đầu dưới xương quay, nhưng ít được báo cáo trong gãy kiểu Colles. Biểu hiện chủ yếu là đau khớp cổ tay, tràn dịch khớp cổ tay, X quang có hình ảnh thoái hóa khớp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày định nghĩa, cơ chế chấn thương gãy Pouteau-Colles?

Câu 2. Trình bày chẩn đoán gãy Pouteau-Colles?

Câu 3. Trình bày các biến chứng gãy Pouteau-Colles?

Câu 4. Trình bày các phương pháp điều trị gãy Pouteau-Colles?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Văn Minh (2004). *Giải phẫu người, tập I*. Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Trung Sinh, Nguyễn Xuân Thùy, Ngô Văn Toàn (2010). *Chấn thương chỉnh hình*, Nhà xuất bản Y học.
3. Nguyễn Đức Phúc, Phùng Ngọc Hòa, Nguyễn Quang Trung, Phạm Gia Khải (2010). *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình*, Nhà xuất bản Y học.
4. Phùng Ngọc Hòa (2006), *Bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học

5. S. Terry Canale et al (2013). *Campbell's Operative Orthopaedics, 4-Volume Set*, 12e, Mosby.
6. Robert W. Bucholz et al (2006). *Rockwood, Green and Wilkins's Fractures*, 6th, Lippincott Williams & Wilkins.
7. Kenneth J, Koval MD et al (2014). *Handbook of Fractures*, 5E, Lippincott Williams & Wilkins.
8. Morrey, Bernard F; Morrey, Matthew C (2008). *Master Techniques in Orthopaedic Surgery Relevant Surgical Exposures*, Lippincott Williams & Wilkins.
9. S. Hoppenfeld, P. Deboer, R. Buckley (2008). *Surgical Exposures In Orthopaedics: The Anatomic Approach*, Lippincott Williams & Wilkins.
10. Duncan., S.F.M. and A.J. Weiland (2004). *Hand Surgery*, 1e, Lippincott Williams & Wilkins.
11. Scott, W et al (2010). *Green's Operative Hand Surgery*, Churchill Livingstone
12. Ronald McRae, Max Esser (2008). *Practical Fracture Treatment*, 5E, Churchill Livingstone.

GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

Đặng Hoàng Giang, Đào Xuân Thành

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được giải phẫu ứng dụng gãy thân xương cánh tay.
2. Trình bày được chẩn đoán gãy thân xương cánh tay.
3. Trình bày được các phương pháp điều trị gãy thân xương cánh tay.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Gãy thân xương cánh tay là gãy đoạn từ dưới bờ trên chỗ bám cơ ngực lớn đến đoạn trên lồi cầu xương cánh tay (4 khoát ngón tay trên khe khớp khuỷu) (hình 1).

1.2. Dịch tễ

- Gãy thân xương cánh tay chiếm khoảng 1-3 % tổng số gãy xương. Độ tuổi trung bình gãy thân xương cánh tay khoảng 40 tuổi, trong đó tỉ lệ nam giới gãy xương cánh tay có độ tuổi thấp hơn nữ giới, lần lượt là 31,7 với nam và 50,8 với nữ.

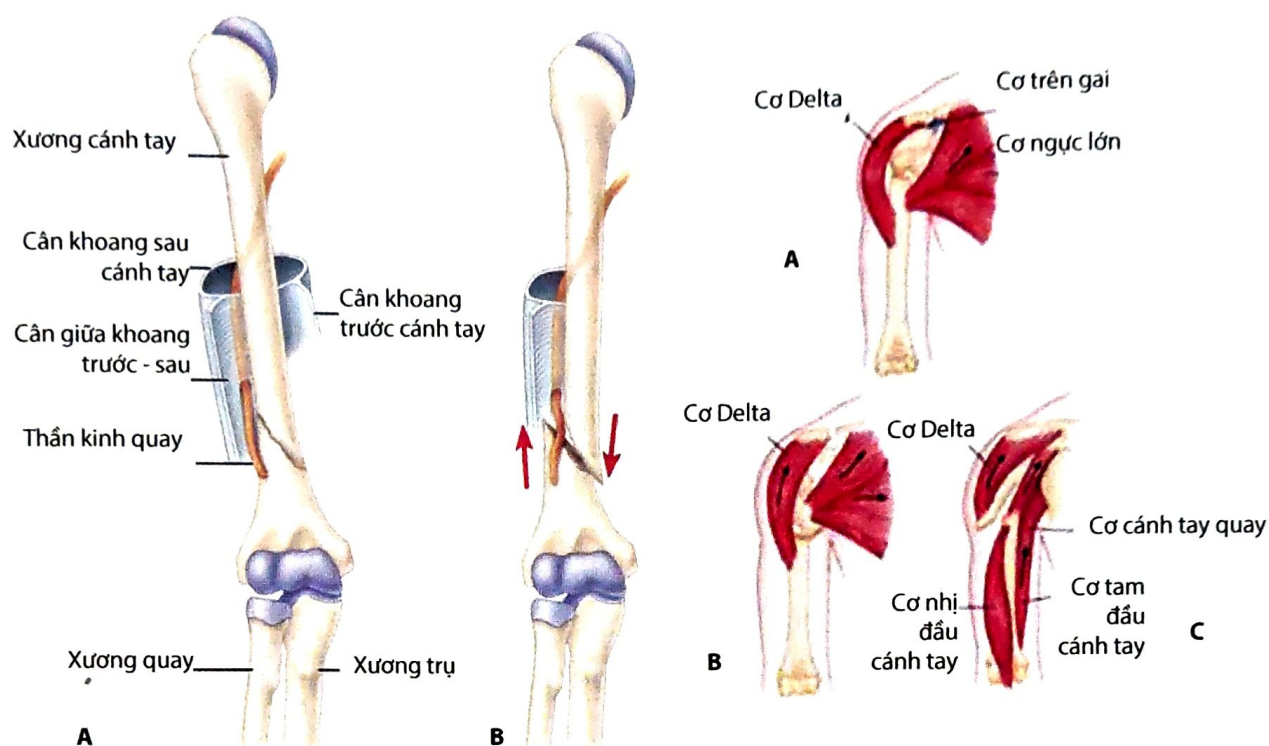
- Gãy 1/3 giữa thân xương cánh tay chiếm 66%, gãy 1/3 trên và dưới có tỉ lệ thấp hơn lần lượt khoảng 13% và 21%.

1.3. Giải phẫu ứng dụng

- Xương cánh tay là một xương dài, thẳng với hình dạng 1/3 trên là hình lăng trụ tròn, 2/3 dưới là hình lăng trụ tam giác, nơi tiếp giáp giữa hai đoạn này là một điểm yếu nên dễ gãy. Tại vị trí phía trên vùng cổ phẫu thuật cũng là một điểm chuyển tiếp giữa thân xương với đầu trên xương cánh tay cũng là một điểm dễ gãy.

- Bó mạch thần kinh cánh tay nằm trong ống cánh tay với cơ tùy hành là cơ quạ cánh tay phía trong, gãy thân xương cánh tay có tổn thương động mạch cánh tay trên nguyên ủy động mạch cánh tay sâu tiên lượng xấu hơn so với thương tổn dưới vị trí chia.

- Thần kinh quay chạy theo hình xoắn ốc từ trong ra ngoài, từ sau ra trước dọc theo thân xương cánh tay từ vị trí 1/3 trên đến vị trí 1/3 dưới. Vị trí kém di động nhất của thần kinh quay là vị trí 1/3 giữa - dưới khi thần kinh quay từ khoang sau đi ra khoang trước qua vách gian cơ ngoài, gãy xương tại vị trí này thần kinh dễ bị kẹt vào ổ gãy hoặc mảnh rời nên tỉ lệ liệt thần kinh quay là cao nhất.



Hình 1. Giải phẫu thần kinh quay và cơ chế di lệch ổ gãy thân xương cánh tay

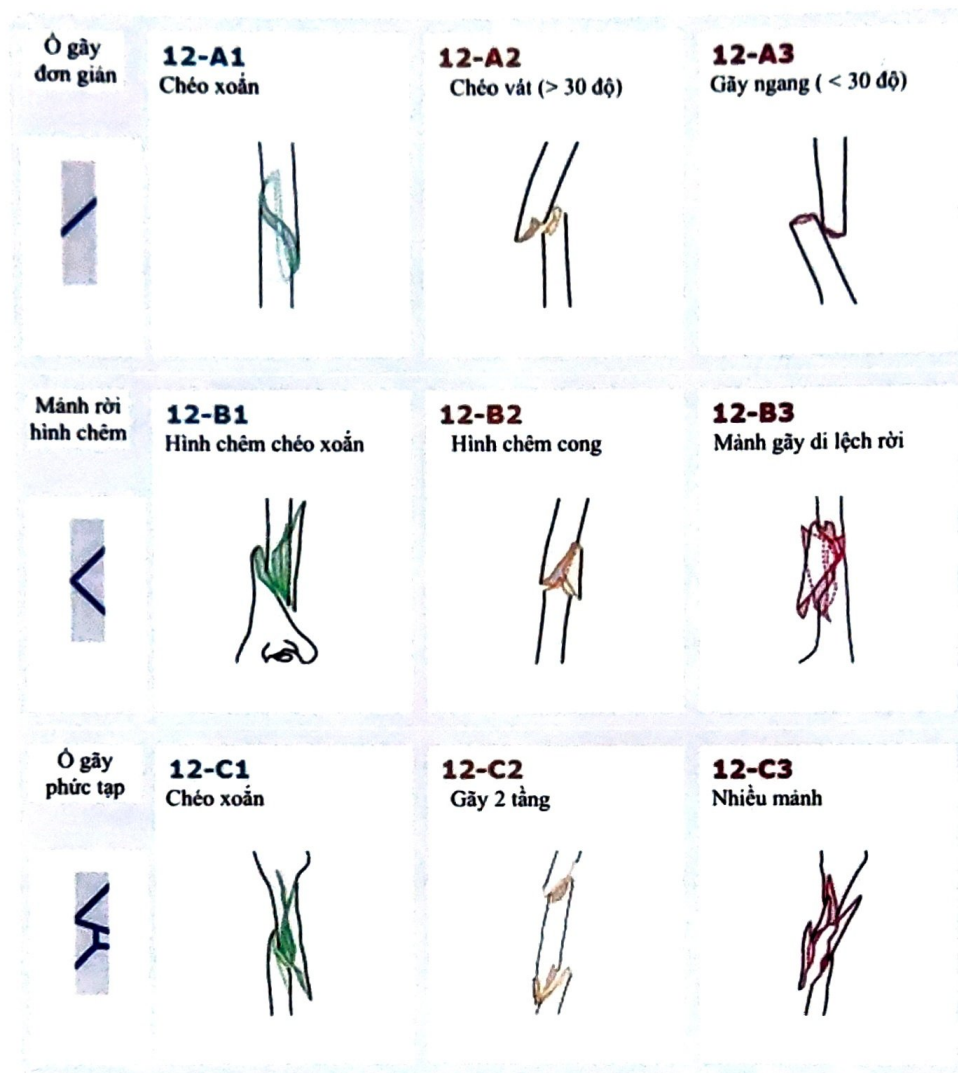
- Vị trí 1/3 trên xương cánh tay có hệ thống cơ vai - ngực - cánh tay cùng các nguyên ủy cơ cánh tay gây di lệch nhiều tùy thuộc vào vị trí ổ gãy.

- Với ổ gãy dưới mẫu động, trên chỗ bám cơ ngực lớn: Đầu trung tâm bị hệ thống cơ chóp xoay kéo dạng và xoay ngoài, đầu ngoại vi bị kéo lên trên, ra trước và vào trong do lực kéo các cơ vai - ngực - cánh tay (cơ Delta, quạ cánh tay, cơ nhị đầu cánh tay) tạo góc mở vào trong.

- Vị trí gãy dưới chỗ bám cơ ngực lớn và trên chỗ bám cơ Delta: Đầu trung tâm bị cơ ngực lớn kéo vào trong và ra trước, đầu ngoại vi di chuyển lên trên và vào trong do cơ Delta và cơ tam đầu kéo tạo góc mở ra ngoài.

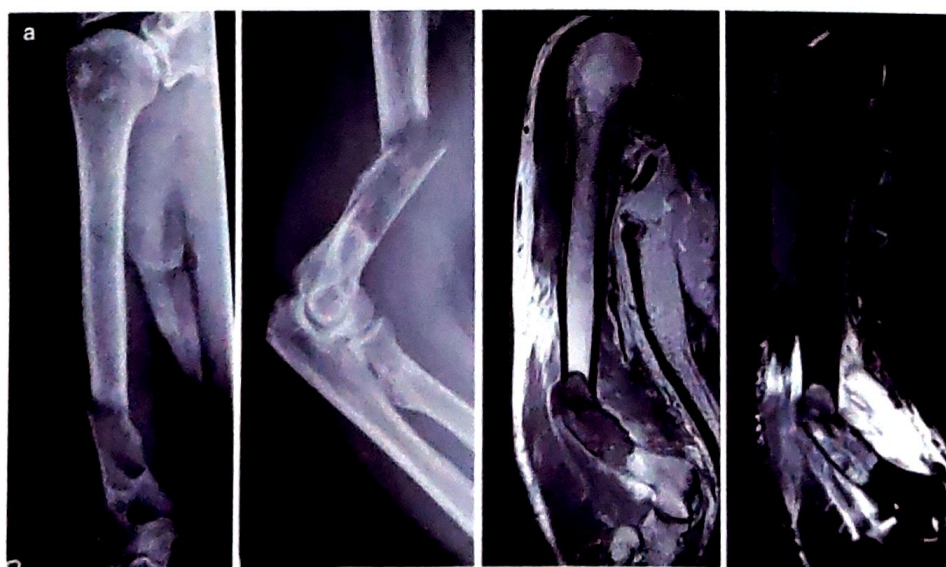
- Ổ gãy dưới chỗ bám cơ Delta: Đầu trung tâm bị cơ Delta kéo dạng ra ngoài, đầu ngoại vi bị kéo lên trên bởi cơ quạ cánh tay, cơ nhị đầu.

- 1/3 giữa thân xương cánh tay không có điểm bám các cơ nên thường ít di lệch, chủ yếu do sự co kéo các cơ chạy qua vùng này. Ổ gãy thường bị các cơ chèn vào, cùng với yếu tố nuôi dưỡng kém bởi các mạch máu, đây là vị trí dễ gây chậm liền - khớp giả nhất trong gãy thân xương cánh tay.



Hình 4. Phân loại gãy thân xương cánh tay theo A.O

- + Chân đoán xác định vị trí gãy xương.
- + Kiểu gãy - phân loại gãy xương:



Hình 5. Hình ảnh X quang, MRI gãy thân xương cánh tay bệnh lý

- Chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ: Ít khi cần để chẩn đoán - phân loại gãy xương cánh tay, thường chỉ định trong trường hợp gãy xương cánh tay bệnh lý.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị bảo tồn

- Gãy thân xương cánh tay điều trị bảo tồn nắn - bất động bột có tỉ lệ thành công cao vì:

+ Khi nắn chỉnh ổ gãy thân xương cánh tay không đòi hỏi giải phẫu đạt được mức độ hoàn hảo do biên độ vận động khớp vai và khớp khuỷu rất rộng, nhờ đó chức năng chi trên hạn chế ở mức thấp nhất.

+ Thân xương cánh tay được bao bọc bởi nhiều cơ xung quanh, cấp máu nuôi dưỡng tốt, không phải chịu lực và dễ dàng cố định ổ gãy.

- Chỉ định điều trị bảo tồn với hầu hết gãy thân xương cánh tay

- X-quang sau nắn được chấp nhận khi di lệch ổ gãy đạt:

+ Ra trước $< 20^{\circ}$

+ Thân xương cánh tay lệch trục, vẹo trong/ vẹo ngoài $< 30^{\circ}$

+ Ngắn chi < 3 cm.

- Bệnh nhân có chống chỉ định điều trị bảo tồn khi:

+ Gãy xương hở với thương tổn phần mềm nặng, mất xương

+ Tổn thương mạch máu bắt buộc can thiệp phẫu thuật

+ Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay

- Nắn chỉnh ổ gãy:

+ Bệnh nhân ngồi, gây tê ổ gãy hoặc tê đám rối thần kinh cánh tay.

+ Kéo thẳng khuỷu để sửa gấp góc trước- sau.

+ Nắn chỉnh di lệch bên.

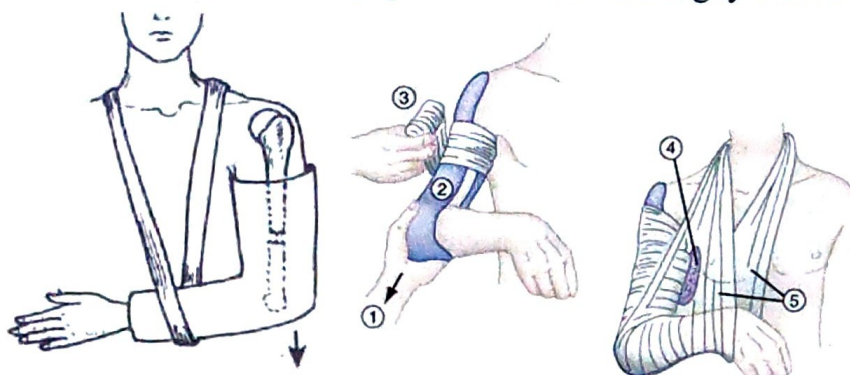
+ Có thể kiểm tra ổ gãy dưới màn tăng sáng.



Hình 6. Tư thế nắn chỉnh di lệch ổ gãy thân xương cánh tay.

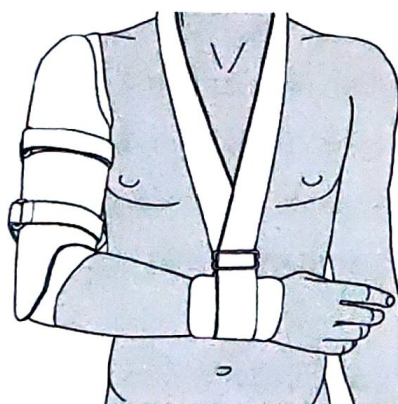
- Cố định ổ gãy sau nắn chỉnh:

+ Cố định ổ gãy sau nắn với bột treo cánh cứng bàn tay hoặc nẹp cánh tay ôm vai từ 1-3 tuần. Sử dụng bột treo cánh cứng bàn tay cho những ổ gãy chéo vát hoặc xoắn vặn gây ngấn chi nhiều, đầu trên của bột phải đảm bảo trên ổ gãy ít nhất 2 cm.



Hình 7. Bột treo cánh cứng bàn tay (hanging arm cast) và nẹp cánh tay ôm vai (coaptation splint)

+ Khi tình trạng phần mềm cánh tay giảm sưng nề, bột cánh cứng bàn tay có thể thay bằng nẹp cánh tay chức năng (nẹp Sarmiento). Nẹp chức năng cánh tay không cố định khớp vai và khuỷu giúp bệnh nhân vận động sớm 2 khớp liên kế, tránh di chứng hạn chế vận động.



Hình 8: Nẹp cánh tay chức năng (Sarmiento functional brace)

+ Chụp X-quang kiểm tra ổ gãy 2-3 tuần/ lần.

+ Cánh tay được cố định trong khoảng 10 tuần, khi can xương cứng xuất hiện đủ vững chịu lực.

4.2. Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định phẫu thuật:

+ Gãy xương mất vững, biến dạng ổ gãy gây ngấn chi > 3 cm, biến dạng mở góc ra trước hoặc ra sau > 20 độ, biến dạng vẹo trong hoặc vẹo ngoài > 30 độ.

+ Điều trị bảo tồn nắn chỉnh thất bại.

+ Gãy xương cánh tay có biến chứng: gãy hở, tổn thương mạch máu, thần kinh.

+ Gãy xương cánh tay kèm theo các thương tổn phối hợp khác:

+ Gãy xương cánh tay kèm theo các tổn thương phối hợp khác: gãy xương cẳng tay cùng bên, gãy trật khớp vai, khớp khuỷu cùng bên, gãy xương chi dưới đôi phải sử dụng nạng sớm, gãy thân hai xương cánh tay...

+ Gãy xương cánh tay kèm bệnh cảnh đa chấn thương: Chấn thương sọ não, chấn thương ngực...

+ Bệnh nhân có thể trạng béo, ngực lớn.

- Các phương pháp điều trị phẫu thuật:

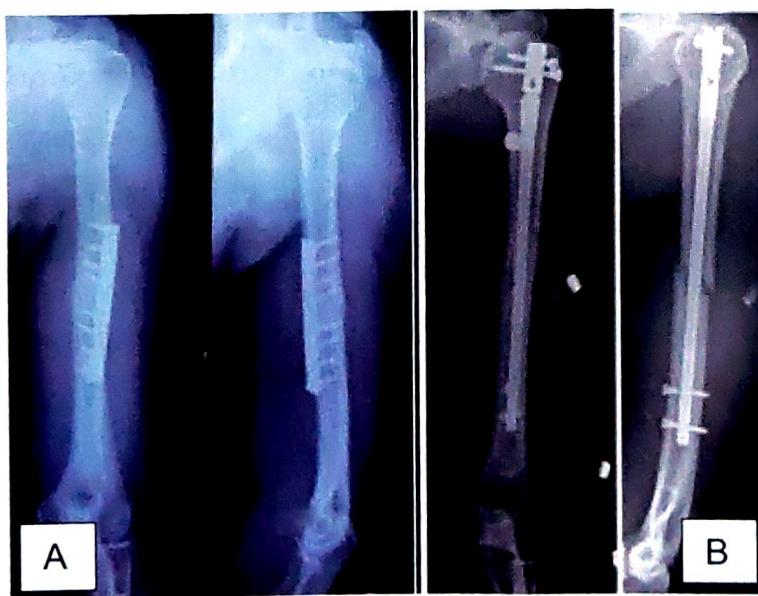
+ Kết hợp xương nẹp vít (hình 9A)

Trước đây phương pháp nẹp vít vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị gãy thân xương cánh tay so với các phương pháp phẫu thuật khác. Tỷ lệ liền xương cao, biến chứng thấp, hồi phục chức năng nhanh, có thể sử dụng cho cả ổ gãy trên và đầu dưới thân xương, đủ vững chắc để cho phép chịu lực sớm trong trường hợp bệnh nhân bị đa chấn thương.

+ Đốt đinh nội tuỷ (hình 9B):

Đinh nội tuỷ được sử dụng trong kết hợp xương cánh tay với hy vọng đạt được những thành công như trong điều trị gãy thân xương đùi và hai xương cẳng chân, tuy nhiên với đặc điểm giải phẫu ống tuỷ nhỏ, biến đổi cấu trúc từ lăng trụ tròn sang tam giác 1/3 giữa - dưới, đầu xa ổ gãy thường bị trọng lực kéo xuống dưới, mức độ vận động xoay của cánh tay lớn, những lý do này làm tỷ lệ khớp giả cao, không làm vững ổ gãy được ngay từ ban đầu như nẹp vít nên phương pháp này đòi hỏi những cải tiến đinh nội tuỷ, khắc phục những nhược điểm trên.

Gần đây đã có rất nhiều thế hệ đinh nội tuỷ mới dành cho cánh tay được cải tiến nhằm khắc phục những nhược điểm này, tận dụng những ưu điểm của phương pháp kết hợp xương đinh nội tuỷ như đường mổ thường nhỏ, ít xâm lấn, tránh thương tổn thần kinh quay trong phẫu thuật do không cần bóc tách rộng.



Hình 9. Kết hợp xương cánh tay sử dụng nẹp vít và đinh nội tuỷ có chốt.

A: Kết hợp xương nẹp vít;

B: Kết hợp xương đinh nội tuỷ có chốt

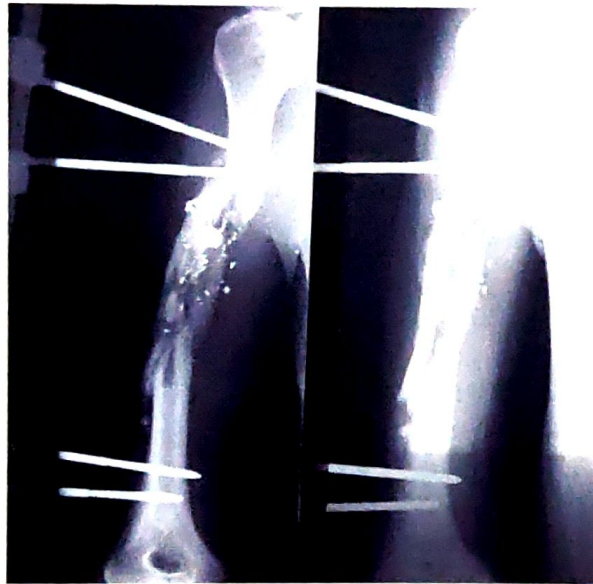
+ Cố định ngoài xương cánh tay:

Sử dụng khung cố định hiện nay hết sức hạn chế, chỉ một vài tình huống khung cố định ngoài được như:

Phẫu thuật đòi hỏi xương cánh tay cần được cố định vững chắc nhanh như trong bệnh cảnh đa chấn thương hoặc thương tổn phối hợp với mạch máu, tạo điều kiện phẫu thuật sửa chữa mạch máu được tiến hành sớm hơn, giảm tối đa thời gian thiếu máu chi.

Gãy xương cánh tay có tổn thương phần mềm nặng hoặc bị nhiễm bẩn.

Đặt khung cố định ngoài với các đinh hướng theo chiều trước ngoài, cần hạn chế khoan các đinh quá dài, làm ảnh hưởng nặng nề hơn đến các tổ chức phần mềm xung quanh cánh tay.



Hình 10. Cố định ngoài điều trị gãy hở thân xương cánh tay

4.3. Điều trị gãy thân xương cánh tay có liệt thần kinh quay

- Liệt thần kinh quay chiếm tỉ lệ 10-16 % tổng số gãy thân xương cánh tay.
- Chủ yếu là điều trị chỉnh hình do tỉ lệ phục hồi thần kinh quay cao.
- Phẫu thuật khi dấu hiệu liệt thần kinh quay không hồi phục: Mở thăm dò thần kinh quay, xử lý thương tổn (giải phóng chèn ép, lấy bỏ can xương, nối lại thần kinh khi bị đứt, ghép thần kinh trong giai đoạn sớm).
- Tỉ lệ hồi phục thần kinh quay có thể đạt 100% với những chấn thương có mức năng lượng thấp, 71% với những chấn thương có mức năng lượng cao.

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Liệt thần kinh quay

- Gãy xương cánh tay có tổn thương phối hợp thần kinh quay vẫn là biến chứng hay gặp nhất, có thể chia làm ba loại dựa vào thời gian xuất hiện triệu chứng: liệt ngay sau gãy, liệt chậm và liệt thứ phát.

- Liệt thần kinh quay ngay sau gãy đã được trình bày trong phần trên (4.3. Gãy thân xương cánh tay có liệt thần kinh quay).

- Liệt muôn thần kinh quay tiến triển tăng dần, sau khi nắn chỉnh điều trị bảo tồn hoặc sau phẫu thuật, nguyên nhân có thể do sự hình thành các can xương hoặc do các sẹo xơ gây chèn ép.

- Liệt thần kinh quay thứ phát ngay sau phẫu thuật có thể gặp ở khoảng 10-20%. Điều trị những trường hợp này cho đến nay vẫn còn nhiều tranh cãi. Một vài tác giả khuyên nên theo dõi, nếu thần kinh quay không hồi phục sau 12 tháng sẽ điều trị chuyên gân phục hồi lại vận động cổ bàn tay. Một vài tác giả khuyên chỉ nên theo dõi từ 4- 6 tháng, nếu không hồi phục sẽ phẫu thuật bộc lộ thần kinh quay và sửa chữa ngay.

5.2. Không liền xương

- Gặp ở 2-5% ở bệnh nhân điều trị bảo tồn và 25% ở bệnh nhân được điều trị phẫu thuật ngay kỳ đầu. Không liền xương gặp nhiều hơn trong các trường hợp gãy hở, gãy do chấn thương tốc độ cao, gãy có mảnh rời, các gãy mà nắn không tốt, gãy được mổ nhưng bất động không vững.

- Các yếu tố thuận lợi là cứng khớp vai hay khớp khuỷu có sẵn trước đó, phần mềm che phủ kém, bệnh nhân béo phì, bị ung thư di căn, nghiện rượu dẫn đến loãng xương, đang điều trị với corticosteroid, hoặc bị đa chấn thương. Không liền xương sau 6 tháng có chỉ định phẫu thuật, nếu dụng cụ kết hợp xương còn vững có thể chỉ cần ghép xương tự thân hoặc đồng loại. Trường hợp ổ gãy mất vững cần kết hợp xương lại vững chắc (đa phần sử dụng nẹp vít) và ghép xương.

5.3. Can lệch

Thường thì gặp góc 20-30° hoặc ngắn chỉ 2-3 cm, ít để lại di chứng gì lớn. Biên độ vận động rộng của vai làm giảm đi ảnh hưởng của can xấu do xoay, ngay cả những biến dạng lớn hơn cũng được thích nghi với một hạn chế cơ năng không đáng kể. Vấn đề thẩm mỹ ít khi được xem là chỉ định của phẫu thuật. Khi chỉ định mổ, đục cắt xương và kết hợp xương vững chắc sẽ đem lại kết quả tốt hơn.

5.4. Gãy hở thân xương cánh tay

- Chỉ chiếm dưới 10% gãy thân xương cánh tay, nhưng đây là một biến chứng nặng tổn thương xương phức tạp, thường kèm theo liệt thần kinh quay.

- Phẫu thuật cấp cứu cắt lọc, làm sạch vết thương, ổ gãy xương, bất động bột chờ phẫu thuật thì 2 hoặc cố định ngoài thân xương cánh tay khi thương tổn phần mềm nặng, đòi hỏi chăm sóc vết thương hàng ngày.

5.5. Tổn thương động mạch cánh tay

- Tổn thương động mạch cánh tay phối hợp gãy thân xương cánh tay thường ít gặp, gãy 1/3 trên hoặc dưới có nguy cơ cao hơn so với gãy 1/3 giữa. Phẫu thuật kết hợp xương vững chắc thân xương cánh tay, đồng thời khôi phục lưu thông mạch máu càng sớm càng tốt, tránh thương tổn thứ phát do thời gian thiếu máu kéo dài.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

- Câu 1. Trình bày giải phẫu ứng dụng gãy thân xương cánh tay?
- Câu 2. Trình bày chẩn đoán gãy thân xương cánh tay?
- Câu 3. Trình bày các phương pháp điều trị gãy thân xương cánh tay?
- Câu 4. Trình bày biến chứng gãy thân xương cánh tay?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Michael D. McKee (2006), "Fractures of The Shaft of The Humerus", Lippincott Williams & Wilkins, *Rockwood & Green's Fractures in Adults*.
2. Edward A. Perez (2017), "Fractures of The Shoulder, Arm, and Forearm", Frederick M. Azar, James H. Beaty & S. Terry Canale, *Campbell's Operative Orthopaedics*.
3. Trịnh Văn Minh (2004), *Giải phẫu người, Tập I*, Nhà xuất bản Y học.
4. Chun-Hao Tsai. (2009), "The epidemiology of traumatic humeral shaft fractures in Taiwan", *International Orthopaedics*. 2009 (33), 463-467.
5. Shao YC, Harwood P & Grotz MR (2005), "Radial nerve palsy associated with fractures of the shaft of the humerus: a systematic review", *J Bone Joint Surg Br* (87), 1647-1652.

GÃY TRÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY Ở TRẺ EM

Vũ Tú Nam, Phùng Ngọc Hòa

MỤC TIÊU HỌC TẬP

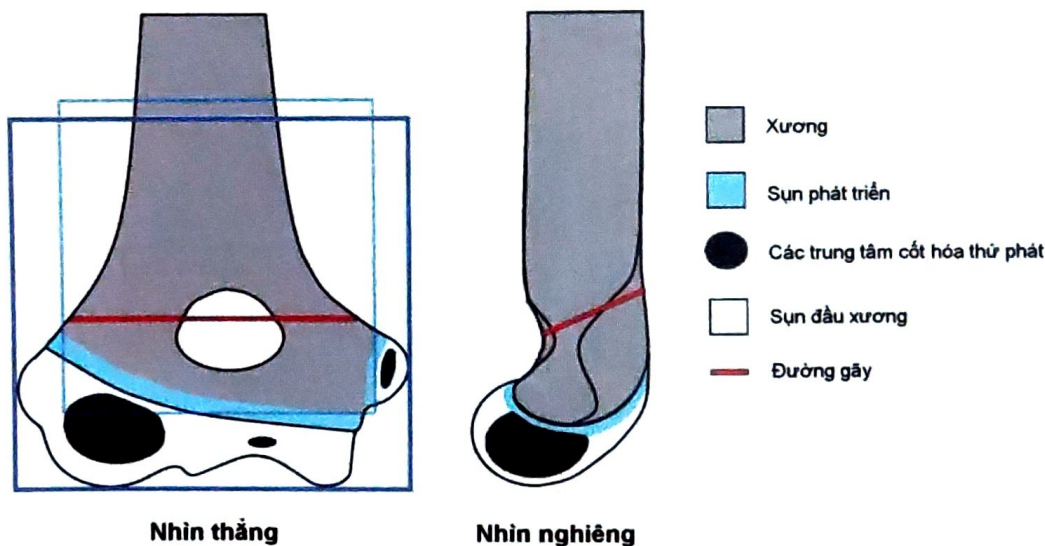
1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế và phân loại gãy trên lõi cầu xương cánh tay.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, X quang của gãy trên lõi cầu xương cánh tay.
3. Trình bày được các phương pháp điều trị gãy trên lõi cầu xương cánh tay.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Gãy trên lõi cầu (TLC) xương cánh tay ở trẻ em (gọi tắt là gãy TLC) là gãy đầu dưới xương cánh tay ngoài khớp tại vùng hành xương phía trên sụn phát triển.



Hình 1. Minh họa đầu dưới và đường gãy trên lõi cầu xương cánh tay ở trẻ em

Đầu dưới xương cánh tay được giới hạn bởi hình vuông mà cạnh dưới là khe khớp, bề rộng bằng bề rộng lớn nhất của đầu dưới xương cánh tay. Phần hành xương đầu dưới xương cánh tay được giới hạn bởi một hình vuông mà có một cạnh song song với trục xương cánh tay, cạnh dưới đi qua ở bờ dưới phần hành xương trên sụn phát triển, và bề rộng bằng phần rộng nhất của hành xương đầu dưới xương cánh tay (Hình 1).

Đường gãy TLC điển hình luôn đi qua hố khuỷu, hố vẹt là vị trí xương mỏng nhất và là điểm yếu của đầu dưới xương cánh tay (Hình 1).

1.2. Đặc điểm giải phẫu

- Đầu dưới xương cánh tay bè rộng, phía trước có hố vẹt, phía sau có hố khuỷu nên nơi này là điểm yếu dễ gãy.

- Sự tổ chức lại xương ở nhóm tuổi 5 đến 8 làm giảm đường kính trước sau ở vùng TLC làm vùng này dễ bị tổn thương.

- Do có hiện tượng lỏng dây chằng ở nhóm tuổi này nên khuỷu có xu hướng bị tổn thương do quá duỗi khi chống tay.

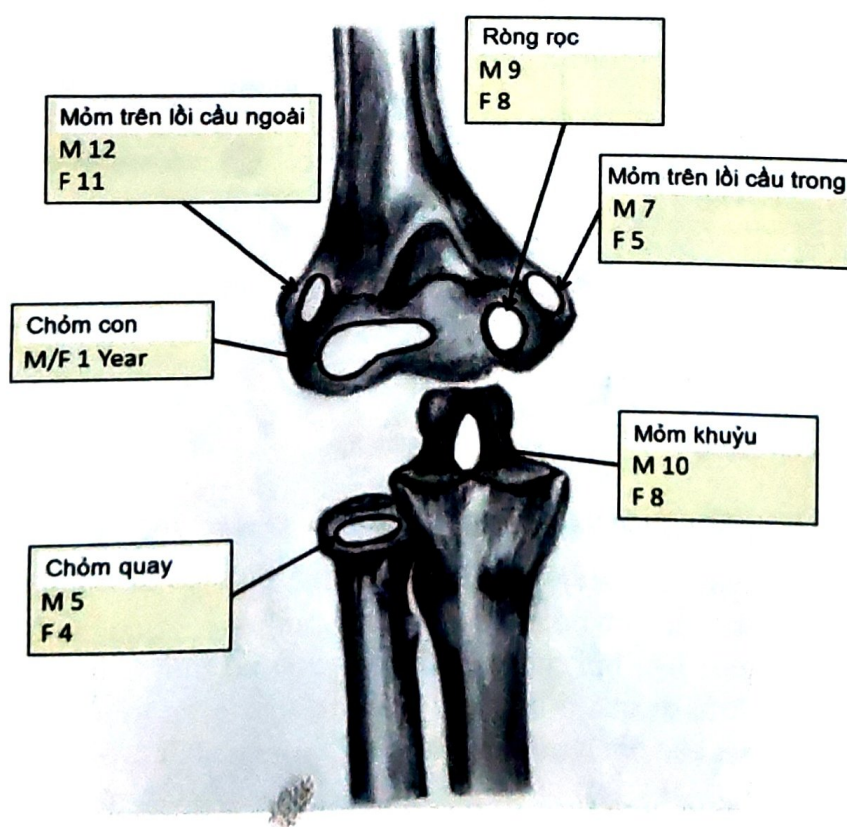
- Bao khớp trước dày và khỏe hơn bao khớp phía sau, khi duỗi khuỷu, bao khớp trước căng đóng vai trò như điểm tựa giúp móm khuỷu ép chặt vào hố khuỷu.

- Đầu dưới xương cánh tay quyết định khoảng 20% chiều dài của xương cánh tay.

- Bình thường cẳng tay vẹo ngoài sinh lý khoảng 5-15 độ (góc mang).

- Các trung tâm cốt hóa: Có một trung tâm cốt hóa nguyên phát tạo nên thân xương cánh tay, bốn trung tâm cốt hóa thứ phát tạo nên đầu dưới của cánh tay. Cốt hóa đầu dưới xương cánh tay thường hoàn thành trong khoảng 14-16 tuổi ở nữ và 15-18 tuổi ở nam. Thứ tự xuất hiện các điểm cốt hóa thứ phát vùng khuỷu theo trình tự CRITOE (Hình 2), trong đó: C-Capitulum (Chỏm con), R-Radial Head (Chỏm quay), I-Inner Ossification Center (Móm trên lồi cầu trong), T-Trochlea (Ròng rọc), O-Olecranon (Móm khuỷu) và E-External Ossification Center (Móm trên lồi cầu ngoài).

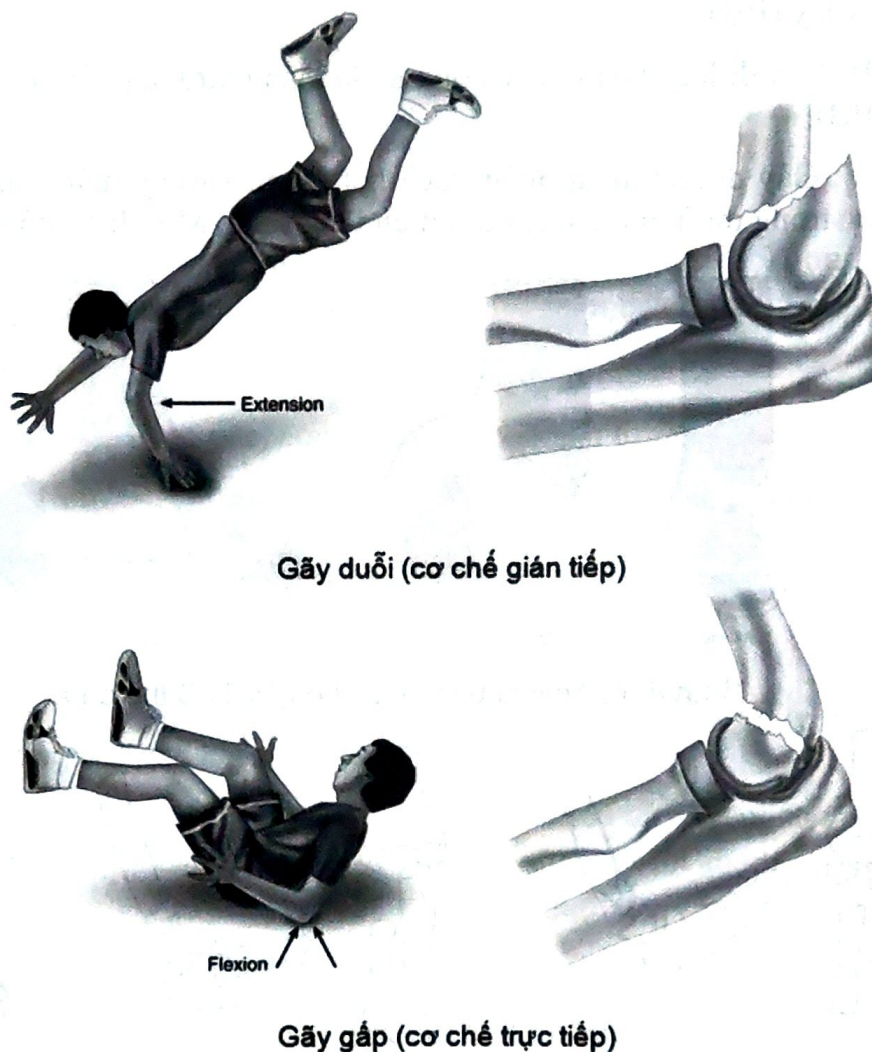
2. DỊCH TỄ HỌC



Hình 2. Thứ tự xuất hiện các trung tâm cốt hóa thứ phát vùng khuỷu (M: Nam, F: Nữ)

- Là loại gãy xương hay gặp ở trẻ em, chiếm 16% tổng số các loại gãy xương và khoảng 60% các gãy xương vùng khuỷu ở trẻ em.
- Lứa tuổi thường gặp nhất là từ 5-8 tuổi.
- Tỷ lệ nam/nữ từ 1/1 đến 3/1.
- Tay trái (hay tay không thuận) thường bị nhiều hơn.

3. CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG



Hình 3. Cơ chế gãy TLC xương cánh tay ở trẻ em

- **Gãy duỗi:** Gặp khoảng trên 97%, do cơ chế chấn thương gián tiếp, bệnh nhân ngã chống gan tay ra trước, khuỷu duỗi (thường quá duỗi), móm khuỷu tỳ vào vùng trên lồi cầu phía sau, móm vệt thúc vào rỗng rọc kết hợp với căng đột ngột của bao khớp trước, gây gãy ở điểm yếu.

- **Gãy gấp:** Gặp khoảng 1-3%, do cơ chế chấn thương trực tiếp, khuỷu đập vào nền cứng khi gấp, dễ gây nên gãy hở.

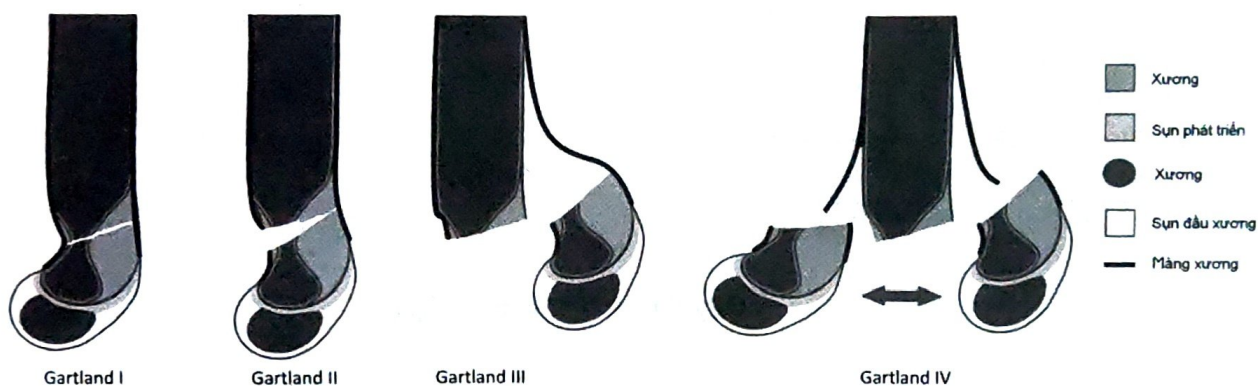
4. PHÂN ĐỘ GÃY TRÊN LÒI CẦU

4.1. Gãy duỗi

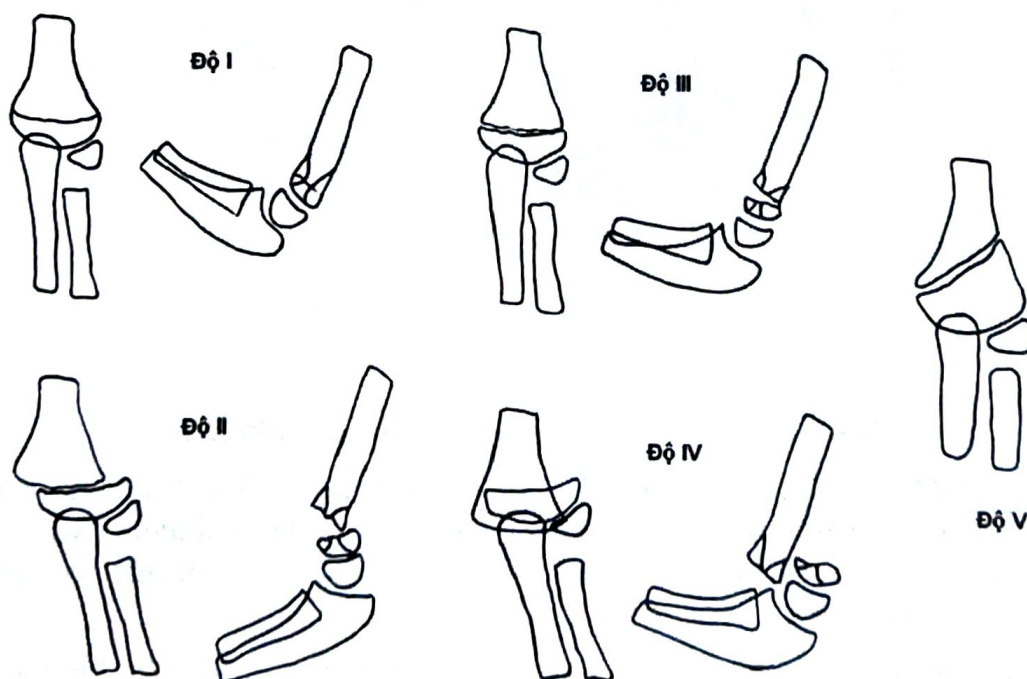
4.1.1. Phân loại Gartland

Dựa trên sự di lệch trên phim X quang nghiêng (Hình 4):

- Độ I: Gãy không di lệch.
- Độ II: Gãy di lệch song còn bản lề xương phía sau, có thể di lệch gập góc (IIA) hoặc di lệch xoay (IIB).
- Độ III: Gãy di lệch hoàn toàn, còn bản lề màng xương phía sau trong (IIIA) hoặc sau ngoài (IIIB).
- Độ IV: Gãy di lệch hoàn toàn, rách hết màng xương, mất vững đa hướng. Chỉ xác định được trong mổ/khi mê nằm dưới màn tăng sáng. Mới được bổ sung gần đây.



Hình 4. Phân loại Gartland cho gãy TLC thể duỗi



Hình 5. Phân loại Lagrange và Rigault cho gãy TLC thể duỗi

4.1.2. Phân loại Lagrange và Rigault

Trong khi phân loại của Gartland được sử dụng rộng rãi ở hầu hết các nước sử dụng tiếng Anh thì các nước sử dụng tiếng Pháp lại thường sử dụng rộng rãi hệ thống phân loại của Lagrange và Rigault. Theo đó, gãy TLC thể duỗi được phân thành 5 độ, gồm:

- Độ I: Gãy không di lệch, chỉ gãy thành xương phía trước.
- Độ II: Gãy cả hai thành xương nhưng di lệch ít hoặc không di lệch.
- Độ III: Gãy di lệch nhưng còn tiếp xúc giữa hai đầu xương.
- Độ IV: Gãy di lệch hoàn toàn, không còn tiếp xúc giữa hai đầu xương.
- Độ V: Gãy thân - hành xương hay gãy TLC cao (Hình 5).

4.2. Gãy gấp

Gãy TLC thể gấp hiếm gặp, nên không có phân loại chi tiết. Tương tự với phân loại Gartland cho gãy TLC thể duỗi, gãy TLC thể gấp gồm ba độ tương ứng là:

- Độ I: Gãy không di lệch.
- Độ II: Gãy di lệch gấp góc, còn bản lề xương phía trước.
- Độ III: Gãy di lệch hoàn toàn, không còn tiếp xúc giữa hai đầu xương.

5. TÀN THƯƠNG GIẢI PHẪU

- **Gãy duỗi:** Đường gãy chéo từ trước ra sau, từ dưới lên trên.

+ Đầu trên nhọn, di lệch ra trước có thể chọc thủng phần mềm ở khuỷu dễ gây nên biến chứng mạch máu và thần kinh.

+ Màng xương phía trước rách, màng xương phía sau dày, đa phần vẫn còn dù gãy di lệch nhiều, giúp dễ dàng nắn chỉnh và liền xương nhanh. Một số nhỏ trường hợp rách hết cả màng xương phía sau gây mất vững đa hướng, thường phải điều trị phẫu thuật.

- **Gãy gấp:**

+ Đường gãy thường chéo từ sau ra trước, từ dưới lên trên.

+ Đầu trên nhọn, di lệch ra sau có thể chọc thủng cơ tam đầu cánh tay, ít gây tổn thương mạch và thần kinh. Tuy nhiên, thần kinh trụ có thể tổn thương ở thể này.

+ Màng xương dày phía sau bị rách, màng xương phía trước mỏng và cũng thường bị rách trong trường hợp gãy di lệch nhiều. Do đó gãy gấp thường khó nắn chỉnh.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1. Lâm sàng

Cần khai thác kỹ cơ chế chấn thương để định hướng thương tổn.

6.1.1. Loại gãy xương không di lệch

- Sau ngã, trẻ nề, đau khuỷu, hạn chế vận động tay tổn thương.
- Có thể thấy bầm tím muộn mặt trước khuỷu.
- Đau khi ấn trên nếp gấp khuỷu.
- Vận động thụ động khuỷu nhẹ nhàng được. Đôi khi trẻ vẫn vận động chủ động được.
- Đường Hueter (khi duỗi khuỷu) và tam giác Hueter (khi gấp khuỷu) bình thường.
- Vận động và cảm giác đầu chi thường không bị ảnh hưởng.

6.1.2. Loại gãy di lệch

Triệu chứng gãy xương điển hình:

- Sau ngã, trẻ đau nhiều, mất cơ năng khuỷu, tay lạnh đỡ tay đau.
- Sưng nề nhiều vùng khuỷu, khó sờ các mốc xương.
- Dấu hiệu bầm tím mặt trước khuỷu do đầu trung tâm chọc thủng cơ cánh tay ra trước (bầm tím Kirmisson) (Hình 6).



Hình 6. Gãy TLC xương cánh tay di lệch nhiều

a- Dấu hiệu bầm tím Kirmisson; b- X quang khớp khuỷu; c- Biến dạng hình chữ S

- Trường hợp đầu trung tâm chọc ra sát da đến lớp hạ bì có thể thấy dấu hiệu núm da dùm đó, thấp hơn bề mặt da xung quanh mặt trước cánh tay.

- Biến dạng điển hình hình chữ S trong gãy duỗi di lệch nhiều (Hình 6).

- Cần thăm khám kỹ xem có vết thương vùng khuỷu không, đầu xương nhọn có chọc thủng ra không, tránh bỏ sót tình trạng gãy xương hở.

- Có thể sờ thấy đầu xương gãy dưới da.

- Vận động thụ động khuỷu trẻ đau nhiều, quấy khóc, không hợp tác, không nên cố thăm khám.

- Luôn phải khám lên trên, xuống dưới một khớp để loại trừ các tổn thương phối hợp như gãy thân xương cánh tay, gãy xương cẳng tay (khuỷu bập bênh).

- Luôn phải kiểm tra mạch quay, trụ xem có tổn thương, chèn ép mạch cánh tay hay không.

- Luôn phải đánh giá xem có hội chứng khoang hay không. Vận động thụ động gấp - duỗi các ngón tay người bệnh đau tăng, dùng thuốc giảm đau không đỡ khi có hội chứng khoang.

Cần lưu ý là tổn thương thần kinh có thể lên đến 20%, do đó, cần thăm khám kỹ nhằm phát hiện các tổn thương thần kinh nếu có.

- + *Thần kinh gian cốt trước (nhánh của thần kinh giữa)*: Thường tổn thương nhất trong gãy TLC, biểu hiện yếu hoặc không làm được dấu hiệu “OK” (bấm đầu ngón cái và ngón trỏ tạo thành hình tròn).

- + *Thần kinh giữa (phần tận hết xuống bàn tay)*: Vận động cơ mô cái giảm hoặc mất, cảm giác mất gan ngón trỏ giảm hoặc mất khi có tổn thương.

- + *Thần kinh quay*: Biểu hiện bàn tay rủ (hay bàn tay rơi), giảm hoặc mất cảm giác mặt mu khoang gian cốt 1 bàn tay khi có tổn thương.

- + *Thần kinh trụ*: Giảm hoặc mất hoạt động cơ gian cốt (khép các ngón tay), giảm hoặc mất cảm giác mặt gan ngón út khi có tổn thương.

6.2. Chẩn đoán hình ảnh

6.2.1. X quang

Phim X quang khuỷu thẳng - nghiêng chuẩn là đủ để chẩn đoán cũng như phân loại mức độ gãy TLC và đánh giá kết quả điều trị.

6.2.1.1. X quang khớp khuỷu thẳng

- Tìm đường gãy xương, di lệch của đầu gãy ngoại vi so với trung tâm.

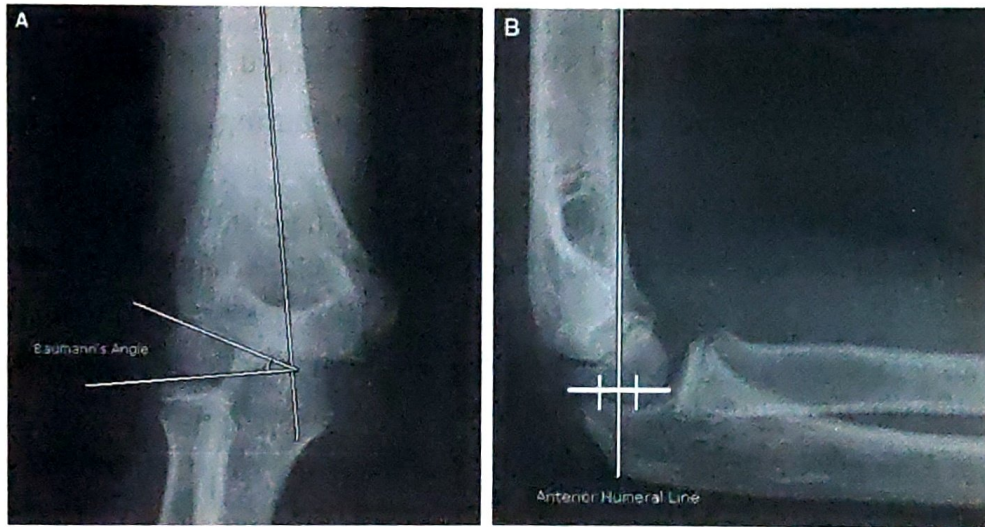
- Đánh giá góc Baumann (là góc giữa đường sụn phát triển của lồi cầu ngoài và đường vuông góc với trục xương cánh tay). Bình thường góc này trong khoảng 10 - 25°

- Góc Baumann bình thường sai lệch < 5° so với bên lành.

- Đánh giá cột trụ trong và cột trụ ngoài.

6.2.1.2. X quang khớp khuỷu nghiêng

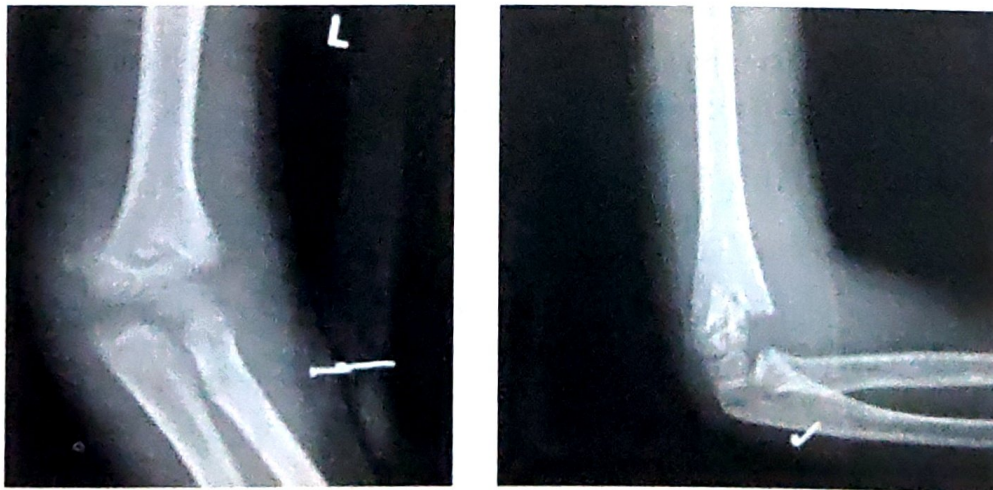
- Tìm đường gãy, đánh giá di lệch của đầu gãy ngoại vi so với trung tâm.
- Dựa vào mức độ di lệch của đầu gãy ngoại vi trên phim nghiêng để phân độ tổn thương.
- Bình thường, đường bờ trước xương cánh tay và trục của cổ xương quay luôn đi qua tâm cốt hóa của chỏm con.
- Nếu có sự bất tương xứng bề rộng trước sau của hai đầu gãy, có nghĩa là có di lệch xoay (Hình 7).



Hình 7. X quang khuỷu bình thường.

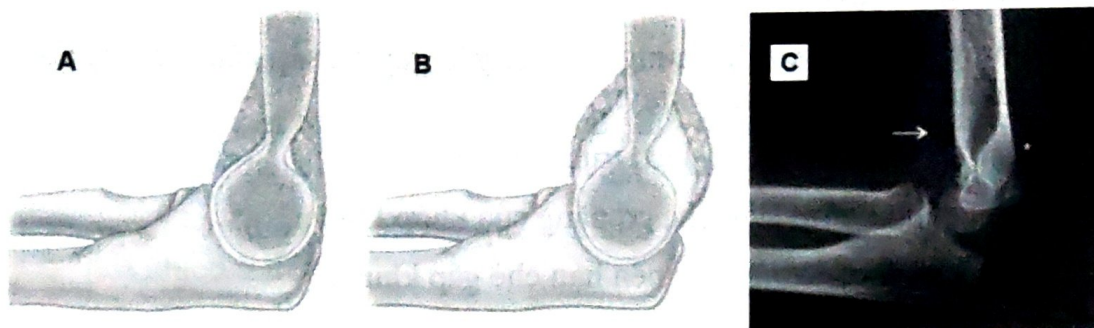
A- Góc Baumann; B- Đường bờ trước xương cánh tay

- Nếu có dấu hiệu tấm đệm mỡ (fat pad sign) hay dấu hiệu cánh buồm thì chứng tỏ có gãy xương vùng khuỷu (Hình 9).



Hình 8. Gãy trên lồi cầu xương cánh tay Gartland II

Phim thẳng bên trái thấy đường gãy TLC đi qua hố khuỷu, đầu ngoại vi di lệch vào trong. Phim nghiêng bên phải thấy đầu ngoại vi bị di lệch xoay, di lệch ra sau, còn tiếp xúc một phần diện tích gãy.



Hình 9. Dấu hiệu tắc đệm mỡ (hay dấu hiệu cánh bướm)

A- Bình thường; B- Các tắc đệm mỡ bị đẩy lùi ra khi có tràn dịch khớp; C- Dấu hiệu cánh bướm trên X quang nghiêng khớp khuỷu (mũi tên và dấu hoa thị)

6.2.2. Siêu âm

Với những trường hợp nghi ngờ có tổn thương mạch máu, cần làm siêu âm Doppler mạch đánh giá tình trạng lưu thông mạch.

Siêu âm cũng là một công cụ tốt giúp chẩn đoán gãy TLC và các tổn thương khác của đầu dưới xương cánh tay ở trẻ em nếu người làm siêu âm có kinh nghiệm.

6.3. Chẩn đoán phân biệt

- Gãy bong sụn phát triển đầu dưới xương cánh tay.
- Gãy lồi cầu ngoài xương cánh tay.
- Gãy mỏm trên lồi cầu trong xương cánh tay.
- Gãy lồi cầu trong (hay gãy rỗng rọc) xương cánh tay.
- Bán trật chỏm xương quay.
- Gãy đầu trên hai xương cẳng tay.

7. CÁC BIẾN CHỨNG

7.1. Biến chứng ngay

- Gãy xương hở (1%).
- Tổn thương mạch máu cánh tay hiếm gặp (5%). Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và siêu âm màu Doppler:
 - + Lâm sàng: Mất mạch quay, mạch trụ, tay lạnh, thiếu máu đầu ngón.
 - + Doppler: Giảm đoạn dòng chảy phía dưới tổn thương.
- Có thể liệt thần kinh quay, thần kinh trụ, thần kinh giữa, đặc biệt hay gặp là nhánh thần kinh gian cốt trước.
- Rối loạn dinh dưỡng: Tay sưng nề to, bề mặt da nổi nhiều nốt phỏng nước có thể gây loét, nhiễm trùng da.
- Nhiễm trùng vết thương.

7.2. Biến chứng muộn

- Hội chứng Wolkman: Xơ cứng các cơ, gân gấp và sấp cẳng tay dẫn đến co rút các gân gấp bàn tay, co rút các ngón tay.
- Vẹo khuỷu: Vẹo vào trong, lệch trục chi trên.
- Vôùi hóa quanh khớp: Hạn chế cơ năng của khớp khuỷu.
- Can xấu, can chồi xương gây nên hạn chế gấp khuỷu.

8. ĐIỀU TRỊ

Gãy TLC xương cánh tay ở trẻ em đa phần đều có thể điều trị bảo tồn.

8.1. Gãy duỗi

8.1.1. Điều trị bảo tồn

Theo phân độ Gartland:

Gãy độ I: Làm nẹp bột cánh - cẳng - bàn tay, khuỷu gấp 90^0 , để 3 tuần.

Gãy độ II: Nắn chỉnh nhẹ nhàng, làm bột cánh - cẳng - bàn tay, khuỷu gấp khoảng 90^0 , thường bắt đầu bằng bột rạch dọc, sau 1 tuần thay bột tròn khi đỡ sưng nề, bất động 3 - 4 tuần.

Gãy độ III: Gãy mê toàn thân để nắn; nắn chỉnh 4 thì:

- Thì 1: Bệnh nhân nằm, để cẳng tay ngửa, khuỷu duỗi, kéo theo chiều dọc chi. Đai vải luồn vào nách kéo ngược lên.

- Thì 2: Nắn hết di lệch bên và đưa cẳng tay ra ngoài $15-20^0$.

- Thì 3: Người phụ tiếp tục kéo và cho gấp khuỷu dần lại. Người nắn chỉnh, dùng hai bàn tay ôm vào đầu dưới cánh tay bệnh nhân, kéo đầu trên xương gãy ra sau, đồng thời dùng hai ngón tay cái đẩy móm khuỷu và đầu dưới ra trước, khuỷu cho gấp dần 120^0 .

- Thì 4: Kiểm tra lại móm khuỷu nằm trên trục xương cánh tay, khuỷu có thể gấp nhẹ nhàng mà không vướng.

- Làm bột cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc, khuỷu gấp 90^0 , cẳng tay trung tính hoặc hơi sấp.

- Chụp kiểm tra sau bó bột.

- Sau một tuần thay bột tròn kín. Để bột thêm 3-4 tuần tùy mức độ liền xương.

8.1.2. Điều trị phẫu thuật

Chỉ định:

- Gãy có biến chứng ngay (gãy hở, tổn thương mạch).
- Đến muộn trên 3 tuần, di lệch nhiều.
- Gãy mất vững, không nắn chỉnh kín được (gãy độ III, và tất cả gãy độ IV).
- Điều trị bảo tồn thất bại.

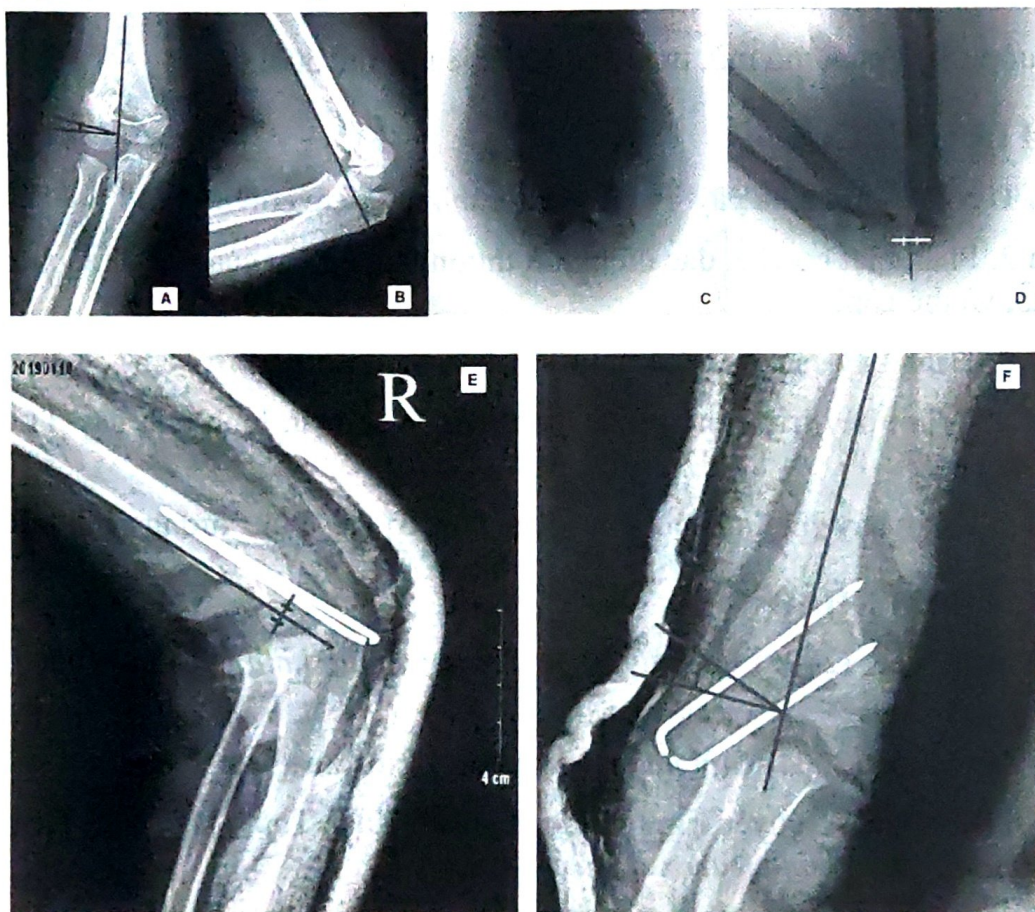
Các phương pháp điều trị:

Nắn chỉnh kín và xuyên đinh qua da dưới màn tăng sáng:

Là phương pháp can thiệp ít xâm lấn, tương đối an toàn, hiệu quả song chỉ áp dụng được ở những cơ sở có trang bị màn hình tăng sáng và phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm.

Là phương pháp điều trị thường quy ở nhiều nước phát triển cho gãy TLC xương cánh tay di lệch nhiều ở trẻ em.

Dưới gây mê toàn thân, cũng nắn chỉnh qua 4 thì, sau khi kiểm tra đạt yêu cầu trên màn tăng sáng, xuyên hai đinh Kirschner song song từ bên ngoài hoặc xuyên chéo qua ổ gãy (Hình 10). Sau đó đặt nẹp bột, cố định 3-4 tuần. Đinh thường rút sau 3 tuần, sau đó cho trẻ tập phục hồi chức năng.



Hình 10. Mổ nắn kín và xuyên đinh qua da điều trị gãy TLC xương cánh tay

A: X quang thẳng trước mô, góc Baumann trước mô 10 độ; B: X quang nghiêng trước mô, đường cánh tay trước đi phía trước chỏm con; C: C-arm khuỷu thẳng tư thế Jones, hai cột trụ trong và ngoài đạt yêu cầu; D: C-arm khuỷu nghiêng, đường cánh tay trước đi qua 1/3G chỏm con; E: X quang nghiêng sau mô đạt yêu cầu; F: X quang thẳng sau mô đạt giải phẫu, góc Baumann 20 độ.

Mổ mở nắn chỉnh và xuyên đinh Kirschner: Thường chỉ áp dụng khi không thể nắn chỉnh kín hoặc khi gãy có biến chứng (gãy hở, tổn thương mạch - thần kinh...) cần mổ mở.

Mổ mở kết hợp xương bằng nẹp vít: Thường không áp dụng ở trẻ em, trừ một số trẻ lớn, xương gần hoàn thiện như người trưởng thành.

8.2. Gãy gấp

Chỉ định điều trị cũng tương tự như với gãy TLC thể duỗi.

- Trường hợp điều trị bảo tồn: Nắn chỉnh bằng cách kéo dọc trục chi rồi người nắn đẩy đầu ngoại vi ra sau rồi bó bột tư thế duỗi. Bột tư thế khuỷu duỗi thẳng hoặc gấp nhẹ 20° , sau 1 tuần chụp kiểm tra, thay bột tròn vẫn duỗi khuỷu (nếu di lệch thứ phát thì nắn thêm), sau 2 tuần thay bột để khuỷu gấp 90° thêm 2 tuần nữa. Tổng thời gian bất động 5 tuần.

- Trường hợp nắn kín, xuyên đinh qua da dưới màn tăng sáng: Thường cần bác sĩ chuyên khoa nhiều kinh nghiệm. Cũng có thể nắn chỉnh như khi điều trị bảo tồn, song sẽ khó xuyên đinh ở tư thế duỗi thẳng, do đó thường cần một số phương pháp và kỹ thuật nắn chỉnh đặc biệt (xem thêm tài liệu tham khảo).

- Trường hợp phải mổ mở, tương tự như điều trị thể duỗi.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nêu định nghĩa gãy TLC xương cánh tay ở trẻ em?

Câu 2. Phân biệt cơ chế, đặc điểm tổn thương giải phẫu của gãy TLC xương cánh tay thể duỗi và thể gấp?

Câu 3. Trình bày các phân loại gãy TLC xương cánh tay ở trẻ em?

Câu 4. Trình bày triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh gãy TLC xương cánh tay ở trẻ em?

Câu 5. Trình bày chỉ định và nguyên tắc điều trị gãy TLC xương cánh tay trẻ em?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Đình Chiến. (2006) *Bệnh học chấn thương chỉnh hình*. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân; Hà Nội.
2. Trịnh Văn Minh. (2004) *Giải phẫu người, tập I*. Nhà xuất bản Y học.
3. Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Trung Sinh, Nguyễn Xuân Thùy, Ngô Văn Toàn. (2010) *Chấn thương chỉnh hình*. Nhà xuất bản Y học.
4. Nguyễn Đức Phúc, Phùng Ngọc Hòa, Nguyễn Quang Trung, Phạm Gia Khải (2010). *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình*. Nhà xuất bản Y học.
5. Walter B.G. (2006) *Netters Orthopaedics*. Elsevier Inc.
6. Kenneth A.Egol, Kenneth J.Koval, Joseph D.Zuckerman. (2015) *Handbook of Fractures 5th edition*, Wolters Kluwer.
7. Beaty J.H.B. and Kasser J.R., (2010) Rockwood and Wilkins's. *Fracture in children 7th edition*, Lippincott Williams & Wikins.
8. Herring J.A. (2013) *Tachdjian's Pediatric Orthopaedics 5th edition*, Elsevier.

GÃY HAI XƯƠNG CẰNG TAY

Phùng Ngọc Hòa

MỤC TIÊU HỌC TẬP

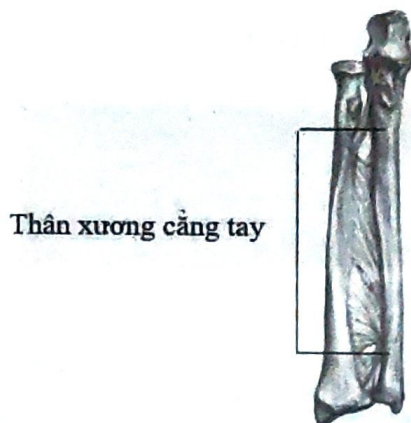
1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế chấn thương gãy hai xương cẳng tay.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và X quang gãy hai xương cẳng tay.
3. Trình bày được các chỉ định điều trị gãy hai xương cẳng tay.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Gãy thân hai xương cẳng tay là gãy ở đoạn thân xương có màng liên cốt bám, nghĩa là vào khoảng 2cm dưới mấu nhĩ đầu (xương quay) và trên nếp gấp cổ tay 5cm (xem hình 1).

Bài này không đề cập tới các trường hợp gãy đặc biệt như là: gãy Monteggia, Galéazzi, Colles



Hình 1. Giới hạn gãy thân xương cẳng tay

1.2. Sinh lý sấp - ngửa của cẳng tay

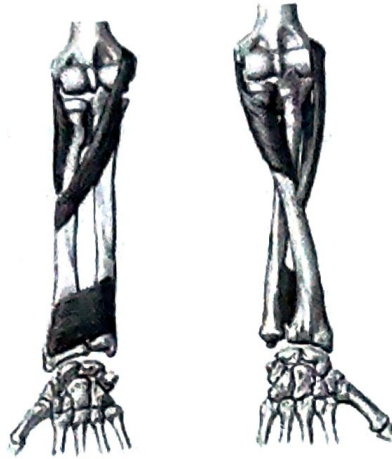
Sấp ngửa là động tác quan trọng và duy nhất của hai xương cẳng tay. Sấp 90 độ và ngửa 90 độ, sấp quá thì không làm được gì, còn ngửa quá thì là động tác của người ăn xin (Boehler).

Trục sấp ngửa cẳng tay là đường thẳng nối trung tâm chỏm quay tới móm trâm trụ. Xương quay cong xoay quanh xương trụ thẳng.

Xương quay và xương trụ bắt khớp nhau phía trên là khớp quay - trụ trên, ở dưới là khớp quay - trụ dưới.

Động tác sấp do cơ sấp tròn, cơ sấp vuông phụ trách (thần kinh giữa chi phối) (xem hình 2)

Động tác ngửa do cơ ngửa ngắn (thần kinh quay) và cơ nhị đầu (thần kinh cơ bì) chi phối.

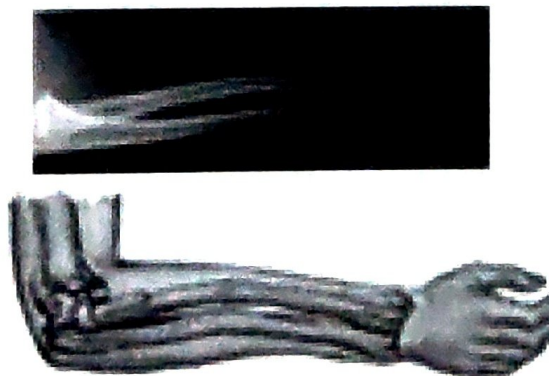


Hình 2. Các cơ sấp và cơ ngửa cẳng tay

1.3. Dịch tễ học

Gãy thân hai xương cẳng tay là loại gãy xương rất hay gặp ở trẻ em, đứng thứ hai sau gãy trên lồi cầu cánh tay (xem hình 3).

Trẻ em gặp nhiều hơn người lớn (gấp 5 - 10 lần).



Hình 3. Gãy kiểu "cành tươi" hai xương cẳng tay ở trẻ em

1.4. Nguyên nhân và cơ chế: Chủ yếu do chấn thương.

Trẻ em xương mềm vì vậy khi ngã xương bị uốn cong lại và bị gãy. Đa phần là gãy cành tươi, ít di lệch.

Ở người lớn gãy thân hai xương cẳng tay thường gãy rời và di lệch nhiều.

Nếu do chấn thương trực tiếp như tai nạn lao động, tai nạn giao thông... dễ gây nên gãy xương hở.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Đường gãy

Gãy ngang, gãy chéo, gãy răng cưa...

Gãy hai xương : 56%

Gãy riêng xương quay : 25%

Gãy riêng xương trụ : 19%

Nơi gãy nhiều nhất là 1/3 trên : 60%

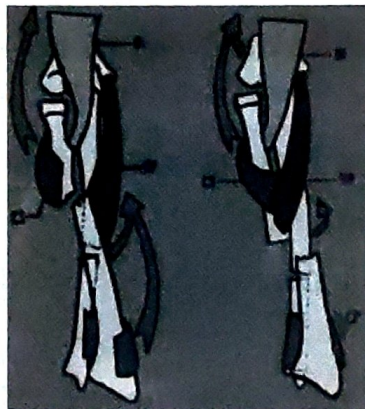
2.2. Di lệch đầu gãy

Ở trẻ em gãy cành tươi nên ít di lệch.

Ở người lớn, tùy vị trí gãy mà có di lệch khác nhau:

+ Gãy cao (trên chỗ bám cơ sấp tròn) thì di lệch nhiều. Di lệch hình chữ K, hình chữ X.

+ Gãy thấp: Ít di lệch hơn (xem hình 4).



Hình 4. Di lệch của gãy hai xương cẳng tay

3. SINH LÝ BỆNH

Cần giải quyết hai vấn đề:

3.1. Phục hồi giải phẫu bình thường của xương

Xương quay có độ cong sinh lý ở sát chỏm quay, đoạn 1/3 giữa và đoạn 1/3 dưới. Đỉnh nội tủy ảnh hưởng tới độ cong này.

Phục hồi được trục quay cẳng tay: Là trục đi từ lồi cầu ngoài xương cánh tay đến mỏm trâm trụ.

Gãy hai xương cẳng tay rất hay bị khớp giả và can lệch vì diện gãy nhỏ, tiếp xúc nhau ít và trong quá trình liền xương thì có thể xương này ảnh hưởng tới xương kia. Các biến chứng này ảnh hưởng nghiêm trọng tới cơ năng cẳng tay.

Vì vậy điều trị gãy hai xương cẳng tay di lệch, tốt nhất là mổ kết hợp xương bằng nẹp vít AO (loại có ép).

3.2. Ảnh hưởng đến sấp ngửa cẳng tay

Do dính quay trụ trên, quay trụ dưới.

Do dính màng liên cốt.

Can lệch, can xấu.

Vì vậy, điều trị gãy hai xương cẳng tay cần hiểu được tầm quan trọng của tập phục hồi chức năng.

4. CHẨN ĐOÁN: Dựa vào lâm sàng và X quang.

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Gãy hai xương cẳng tay di lệch nhiều

- Cẳng tay sưng nề biến dạng rõ.
- Cẳng tay như một ống tròn, bầm tím rộng lan tới tận khuỷu.
- Bệnh nhân rất đau và không sấp - ngửa được cẳng tay.
- Có thể thấy cử động bất thường và tiếng lạo xạo xương.

Lưu ý kiểm tra mạch và thần kinh vùng cổ tay - bàn tay (xem thêm phần hội chứng chèn ép khoang cẳng tay).

4.1.2. Gãy cành tươi ở trẻ em hoặc gãy ít di lệch ở người lớn

- Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn.
- Tại vùng gãy đau chói, sưng nề, có bầm tím muộn.

4.2. X quang (hình 5)

- Nguyên tắc: Phải lấy hết khớp khuỷu và khớp cổ tay để tránh bỏ sót thương tổn như trật khớp quay - trụ trên, quay - trụ dưới. Chụp phim thẳng và nghiêng.

- Đọc kết quả: Gãy đơn giản hay phức tạp? Gãy một hay cả hai xương? Di lệch đầu xương? ...



Hình 5. X quang gãy hai xương cẳng tay.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị chỉnh hình

5.1.1. Gãy ít di lệch hoặc không di lệch

Nắn nhẹ nhàng theo trục chi.

Bó bột cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc, khuỷu để gấp 90^0 , bột để 6 - 8 tuần (trẻ em); 10 - 12 tuần (người lớn).

5.1.2. Gãy di lệch (chỉ áp dụng với gãy 1/3 dưới cẳng tay)

Vô cảm: Trẻ em: Gây mê tĩnh mạch.

Người lớn: Gây tê tại chỗ, hoặc gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

Bệnh nhân nằm ngửa, vai dạng 90^0 , khuỷu gấp 90^0 .

Người phụ nắn, một tay nắm ngón cái kéo thẳng theo trục cẳng tay, một tay nắm các ngón còn lại kéo về phía trụ.

Người nắn: Sửa hết di lệch, tách rộng màng liên cốt.

Đặt hai nẹp bột trước và sau cẳng tay, đặt đũa tách màng liên cốt trên hai nẹp bột. Bó bột cánh - cẳng - bàn tay rạch dọc, khuỷu 90^0 , để bột 10 - 12 tuần (hình 6)



Hình 6. Bó bột cánh - cẳng - bàn tay.

5.2. Điều trị phẫu thuật

5.2.1. Chỉ định

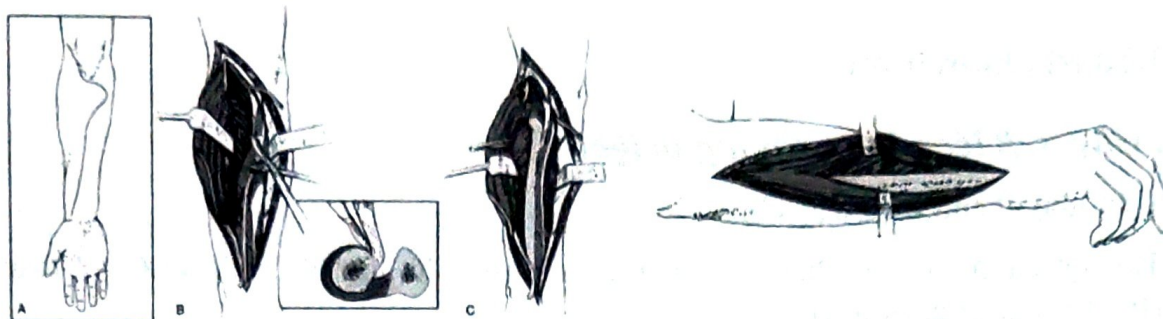
Gãy cao hai xương cẳng tay di lệch (1/3 trên, 1/3 giữa).

Gãy có biến chứng: gãy hở, chèn ép khoang...

Điều trị bảo tồn không kết quả.

5.2.2. Các phương pháp phẫu thuật

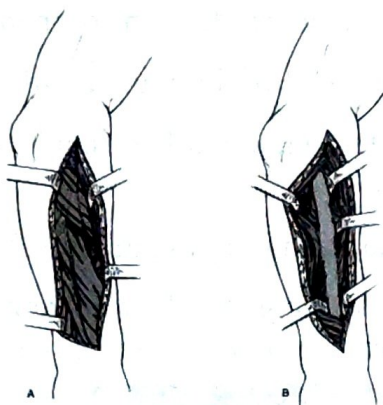
Đường vào xương quay là đường thẳng nối chỏm quay với móm trám quay (đường Thompson) hoặc đường Henry (xem hình 7). Đường vào xương trụ là đường phía sau, đi theo mào trụ (xem hình 8).



Đường mổ Henry

Đường mổ Thompson

Hình 7. Đường vào xương quay



Hình 8. Đường vào xương trụ

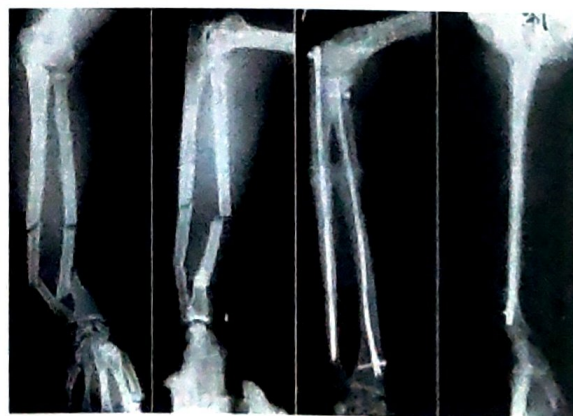
Kết hợp xương bằng nẹp vít là phương pháp tốt nhất. Nẹp vít thường dùng là A.O loại có ép (Dynamic Compression Plate). Nẹp vít kết hợp xương vững, tôn trọng các đoạn cong sinh lý của xương quay, bệnh nhân tập phục hồi chức năng sớm (hình 9).

Đóng đinh nội tủy có ưu điểm là ít ảnh hưởng tới màng xương, vết mổ nhỏ, nhưng kết hợp xương thường không vững, đặc biệt khi sập - ngửa cẳng tay, vì vậy phải bó bột tăng cường thêm 3 tuần.

Đóng đinh kín có chốt dưới màn huỳnh quang tăng sáng, ngày nay hay dùng, khắc phục được các nhược điểm của các phương pháp trên (hình 10).



Hình 9. Nẹp vít xương quay



Hình 10. Đóng đinh nội tủy có chốt.

6. CÁC BIẾN CHỨNG

6.1. Gãy xương hở

Mô cắt lóc, rạch rộng, tùy độ gãy hở mà có phương pháp cố định xương khác nhau.

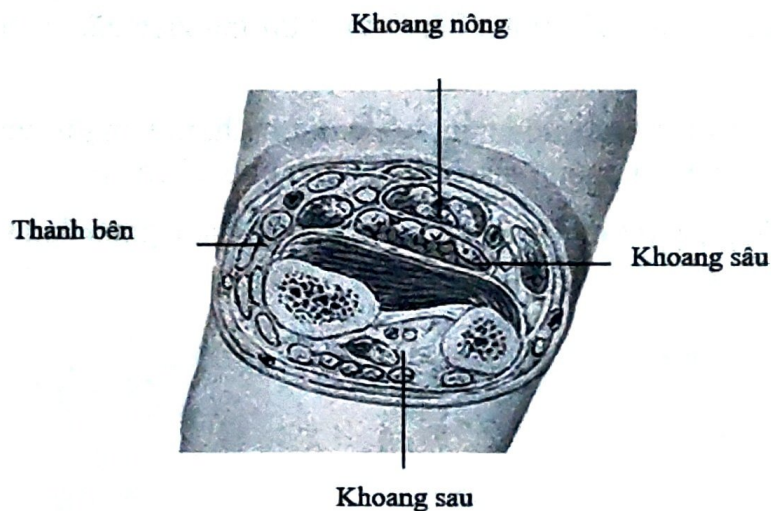
Nếu gãy hở nhỏ (độ 1-2) đến sớm, có thể kết hợp xương ngay.

Gãy xương hở nặng (độ 3), đến muộn: thì cố định ngoài bằng khung Hoffmann hoặc bó bột cánh - cẳng - bàn tay (nếu không có khung).

6.2. Hội chứng chèn ép khoang cẳng tay

6.2.1. Lâm sàng

- Cẳng tay cứng, tròn như một cái ống.
- Tăng cảm giác đau ngoài da, nhất là khi vận động thụ động các ngón tay.
- Các ngón tay nề to, tím và lạnh hơn bình thường.
- Liệt vận động và mất cảm giác các ngón tay.
- Mạch quay và mạch trụ khó bắt rồi nặng hơn là không bắt được (giai đoạn muộn).



Hình 11. Các khoang ở cẳng tay

6.2.2. Cận lâm sàng

- * Đo áp lực khoang (Pk) bằng phương pháp Whitesides.
- Bình thường áp lực khoang: 8 - 10 mmHg.
- Khi áp lực khoang > 30 mmHg: rạch cân, giải phóng khoang.
- * Đo giao động dòng mạch bằng siêu âm Doppler:
- Lưu thông máu phía hạ lưu giảm hoặc gián đoạn.
- Ngày nay, dùng Doppler màu quét ba chiều để đo được áp lực dòng chảy một cách chính xác hơn.

* Chụp phim X quang:

- Chụp X quang thường để chẩn đoán xác định gãy xương.
- Chụp mạch máu có thuốc cản quang để xác định chính xác tổn thương mạch máu. Đây là phương pháp chính xác nhất nhưng không phải lúc nào cũng làm được và bệnh viện nào cũng làm được trong cấp cứu.

* Các xét nghiệm (XN)

- XN máu để biết mức độ mất máu.
- XN sinh hóa máu (Urê, Creatinin, C.P.K) để xác định chức năng gan - thận.
- Đặc biệt XN các yếu tố đông máu để loại trừ hội chứng chèn ép khoang do bệnh về máu.

6.2.3. Điều trị

Khi nghi ngờ hội chứng chèn ép khoang, phải cho bệnh nhân vào viện để theo dõi hàng giờ.

Phẫu thuật rạch cân, giải phóng khoang: khi lâm sàng rõ rệt; áp lực khoang cao > 30mmHg.

Đường rạch cân phía trước (phía gan tay) là đường zích zắc; theo trục chi, hướng về ống cổ tay.

Đường rạch cân phía sau (phía mu tay) là đường hình vòng từ móm khuỷu hướng về tâm quay (hình 12). Giải phóng mạch, thần kinh khỏi chèn ép.

Sau mổ bất động tay ở tư thế cao, kháng sinh toàn thân, giảm đau và chống phù nề.



Hình 12. Đường rạch cân, giải phóng khoang ở cẳng tay (Hargens).

6.3. Rối loạn dinh dưỡng

Nổi nốt phỏng nước ở da, có thể gây loét, nhiễm khuẩn.

Điều trị bằng cách treo tay cao, dùng thuốc kháng sinh và thuốc chống phù nề.

6.4. Hội chứng Wolkman (hình 13)

Co rút khối cơ cẳng tay trước gây nên co rút các gân gấp bàn tay. Hội chứng này là một thể di chứng của hội chứng chèn ép khoang cẳng tay.

Phải phát hiện sớm để bó bột duỗi cổ tay và ngón tay từng giai đoạn.



Hình 13. Hội chứng Wolkman

6.5. Can lệch, khớp giả, viêm xương các biến chứng này ảnh hưởng rất nhiều tới chức năng cẳng - bàn tay và phải điều trị bằng phẫu thuật.

- Can lệch: phá can, sửa trục và kết hợp xương.
- Chậm liền và khớp giả: kết hợp xương và ghép xương xốp tự thân (xương chậu).
- Viêm xương: nạo viêm, lấy xương chết và kháng sinh toàn thân.

7. KẾT LUẬN

Gãy thân hai xương cẳng tay hay gấp ở trẻ em, gãy cành tươi ít di lệch nên thiên về điều trị bảo tồn.

Ở người lớn gấp ít hơn nhưng là gãy rời, di lệch. Gãy cao thân hai xương cẳng tay đa phần là cần phẫu thuật.

Kết hợp xương vững để tập phục hồi chức năng sớm. Phương pháp tốt nhất là bắt nẹp vít AO.

Phục hồi chức năng góp phần tăng hiệu quả điều trị, tránh được các biến chứng: dính khớp quay trụ, dính màng liên cốt...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày nguyên nhân và cơ chế chấn thương gãy hai xương cẳng tay?

Câu 2. Trình bày chẩn đoán gãy hai xương cẳng tay?

Câu 3. Trình bày chỉ định và các phương pháp điều trị gãy hai xương cẳng tay?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Đình Chiến (2006). *Bệnh học chấn thương chỉnh hình*. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
2. Trịnh Văn Minh (2004). *Giải phẫu người, tập 1*. Nhà xuất bản Y học.
3. Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Trung Sinh, Nguyễn Xuân Thùy, Ngô Văn Toàn (2010). *Chấn thương chỉnh hình*. Nhà xuất bản Y học.
4. Nguyễn Đức Phúc, Phùng Ngọc Hòa, Nguyễn Quang Trung, Phạm Gia Khải (2010). *Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình*. Nhà xuất bản Y học.
5. Nguyễn Quang Quyền (2007), *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học
6. Walter B.G.(2006). *Netters Orthopaedics*. Elsevier.
7. Kenneth J, Koval MD et al (2014). *Handbook of Fractures*, 5E, Lippincott Williams & Wilkins
8. S. Hoppenfeld, P. Deboer, R. Buckley (2008). *Surgical Exposures In Orthopaedics: The Anatomic Approach* , Lippincott Williams & Wilkins.
9. S. Terry Canale et al (2013). *Campbell's Operative Orthopaedics, 4-Volume Set, 12e*, Mosby
10. Frank H. Netter (2007). *Atlas Giải Phẫu Người*. Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội.

GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

Đỗ Văn Minh

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được phân loại gãy cổ xương đùi và ứng dụng trong điều trị gãy cổ xương đùi.
2. Trình bày được chẩn đoán gãy cổ xương đùi.
3. Trình bày được chỉ định và các phương pháp điều trị gãy cổ xương đùi.

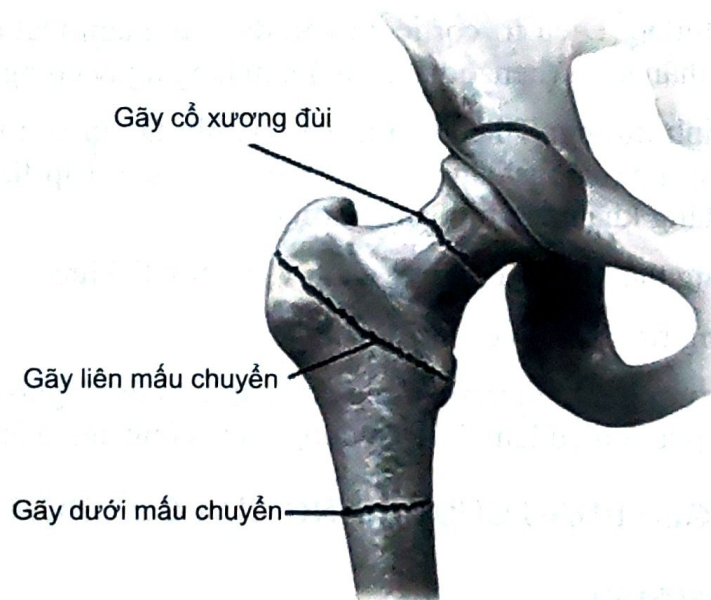
NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Gãy cổ xương đùi là loại gãy nằm ở giữa chỏm và khối mấu chuyển xương đùi.

Gãy cổ xương đùi nằm trong nhóm gãy đầu trên xương đùi (proximal femoral fracture), bao gồm gãy chỏm xương đùi, gãy cổ xương đùi, gãy khối mấu chuyển xương đùi và gãy dưới mấu chuyển xương đùi.



Hình 1. Một số hình thái gãy đầu trên xương đùi

Một số tác giả cho rằng gãy cổ xương đùi được xếp vào loại gãy xương khớp háng nội khớp (intra-capsular hip fracture), vì thế loại gãy nền cổ xương đùi không được xếp vào nhóm này.

Gãy cổ xương đùi do mỏi xương (stress fracture) là một tổn thương không thường gặp, thường do vi chấn thương vào vùng cổ xương đùi lặp đi lặp lại nhiều lần ở những người thường xuyên vận động thể lực như vận động viên điền kinh, quân nhân hoặc công an...

1.2. Dịch tễ học

Gãy cổ xương đùi xảy ra ở hai quần thể đối lập nhau: (1) Gãy cổ xương đùi ở người trẻ tuổi, thường do cơ chế chấn thương năng lượng cao và (2) Gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi, thường liên quan đến tình trạng loãng xương, do cơ chế chấn thương năng lượng thấp. Với tuổi thọ ngày càng tăng trong những năm qua, gãy cổ xương đùi ngày càng trở nên phổ biến.

Gãy cổ xương đùi thường gặp ở người cao tuổi.

Tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam.

Các yếu tố nguy cơ:

- Tuổi: Mật độ xương và khối lượng cơ giảm dần theo tuổi. Người cao tuổi bị giảm thị lực và khả năng giữ thăng bằng, tăng nguy cơ ngã.

- Giới: Khoảng 70% các trường hợp gãy cổ xương đùi xảy ra ở nữ giới. Mật độ xương của nữ giới giảm nhanh sau mãn kinh.

- Bệnh mạn tính: Rối loạn nội tiết (ví dụ: cường giáp), rối loạn hấp thu ở dạ dày - ruột (thiếu can xi và vitamin D), bệnh lý thần kinh trung ương (suy giảm trí nhớ, bệnh Parkinson...), bệnh thần kinh ngoại biên (tăng nguy cơ ngã).

- Một số thuốc: Điều trị corticoid kéo dài gây giảm mật độ xương. Một số thuốc điều trị bệnh lý thần kinh (benzodiazepins) làm tăng nguy cơ ngã.

- Thiếu dinh dưỡng: Thiếu can xi và vitamin D khi còn trẻ làm giảm khối lượng xương đỉnh, tăng khả năng loãng xương khi già. Cung cấp thiếu can xi và vitamin D hằng ngày làm tăng khả năng bị loãng xương.

- Hoạt động thể lực: Béo phì và giảm vận động thể lực.

- Lạm dụng rượu và thuốc lá.

- Gãy cổ xương đùi do mỏi xương còn gặp ở những người vận động thể lực cường độ cao, lặp đi lặp lại nhiều lần như vận động viên, công an, quân nhân...

2. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU CHỨC NĂNG CỦA CỔ CHỖM XƯƠNG ĐÙI

2.1. Cấu trúc xương

Trục của cổ xương đùi hợp với trục của thân xương đùi một góc (góc cổ thân) trung bình là 130 ± 7 độ. Trục của cổ xương đùi chếch ra trước tạo nên góc nghiêng trước của cổ xương đùi một góc trung bình là 10 ± 7 độ.

Sụn phát triển của đầu trên xương đùi cốt hóa ở lứa tuổi khoảng 16. Như vậy cấu trúc xương của người trên 16 tuổi có thể coi như cấu trúc xương của người trưởng thành.

Đầu trên xương đùi được cấu tạo bởi năm bè xương gồm:

- Bè xương chịu lực nén chính: Là các bè xương hình quạt, chạy theo hướng từ chỏm đến cổ xương đùi, có hướng đi phù hợp với hướng của lực nén. Các bè xương này dày nhất ở phía trong của cổ và mỏng dần ở phía ngoài của cổ xương đùi.

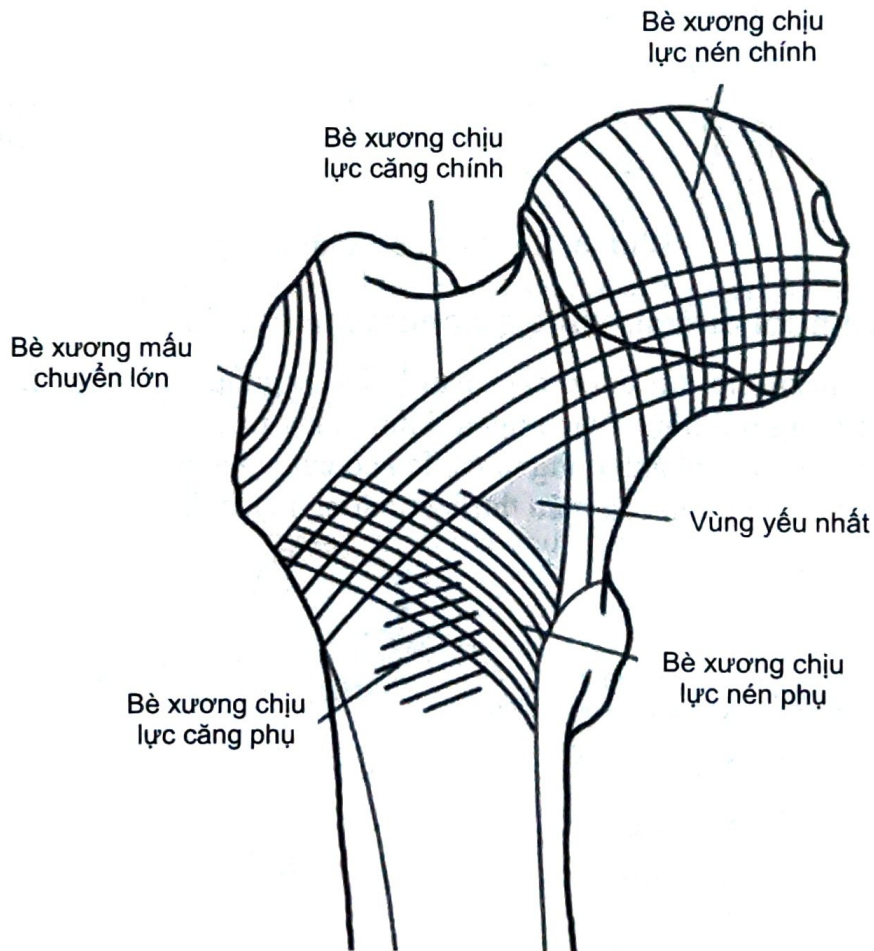
- Bè xương chịu lực căng chính: Là các bè xương hình vòm chạy ở phía ngoài của cổ xương đùi.

- Bè xương chịu lực nén phụ.

- Bè xương chịu lực căng phụ.

- Bè xương máu chuyển lớn.

Giữa các bè xương hình quạt chạy dọc từ chỏm đến cổ xương đùi và các bè xương hình vòm ở phía ngoài của cổ xương đùi là tam giác Ward - là điểm yếu nhất của cổ xương đùi. Ở người cao tuổi, do loãng xương nên tam giác Ward lại càng là điểm yếu dễ gãy.



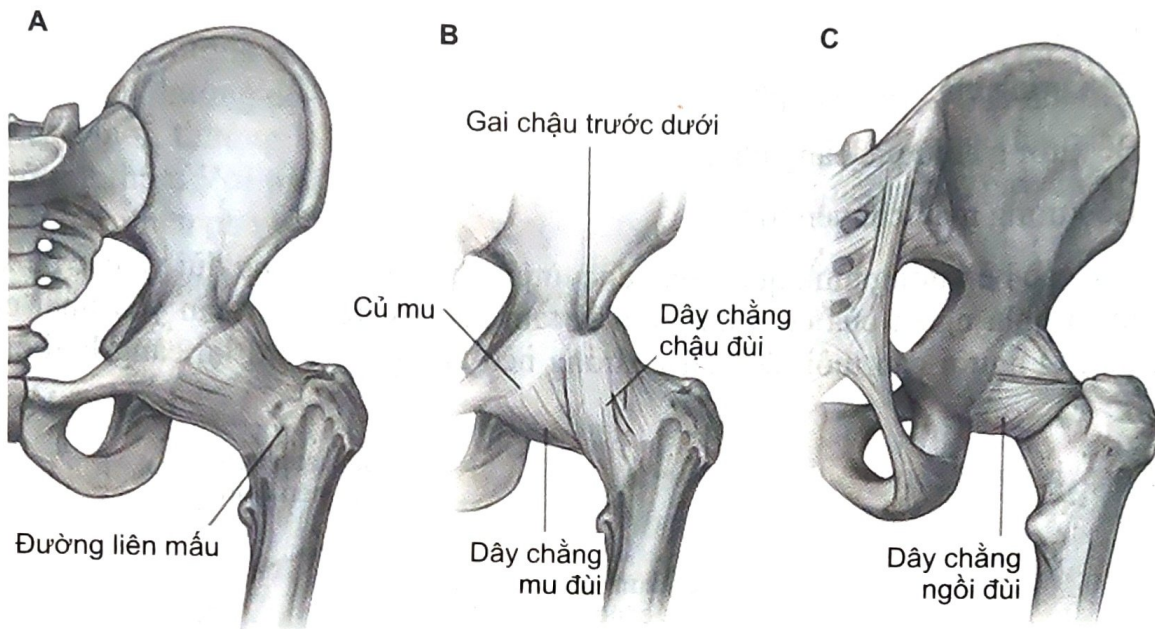
Hình 2. Cấu tạo các bè xương ở đầu trên xương đùi

2.2. Cấu trúc bao khớp khớp háng

Bao khớp háng là một cấu trúc bao xơ chắc khỏe bao bọc hết chỏm và gần hết cổ xương đùi. Ở phía trước bao khớp bám vào đường liên mấu chuyển, ở phía sau bao

khớp bám vào nửa trong của cổ xương đùi, còn nửa ngoài cổ xương đùi không có bao khớp che phủ.

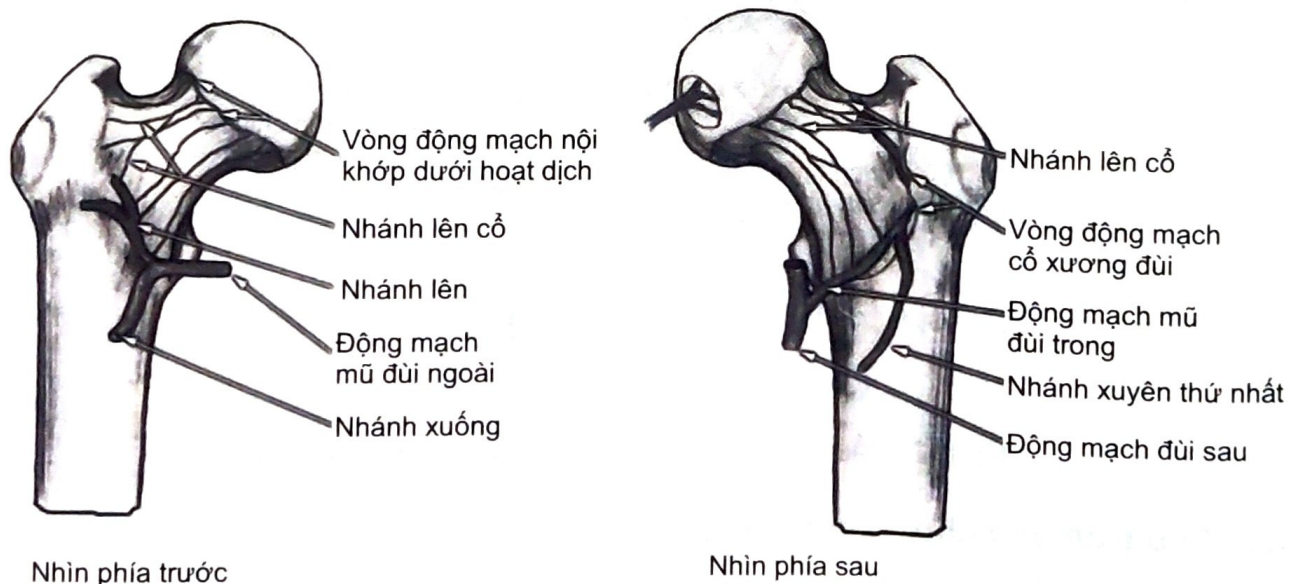
Lót mặt trong bao khớp háng là bao hoạt dịch. Màng hoạt dịch có nhiệm vụ tiết ra dịch khớp. Dịch khớp không tham gia vào quá trình liền xương mà nó làm tiêu máu tụ, ngăn các tế bào liên xương hình thành.



Hình 3. Cấu trúc bao khớp háng

2.3. Mạch máu nuôi dưỡng vùng cổ chỏm xương đùi

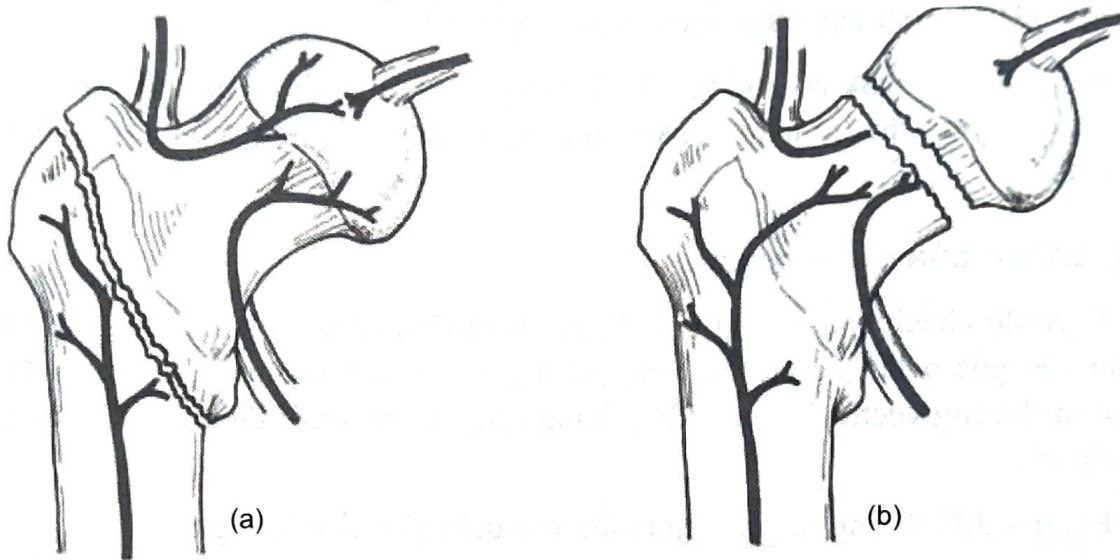
Cổ và chỏm xương đùi được cấp máu bởi ba nguồn cấp máu chính: nguồn cấp máu thứ nhất từ vòng nối động mạch ngoài khớp háng nằm ở nền cổ xương đùi; nguồn cấp máu thứ hai từ những nhánh động mạch lên cổ của vòng nối động mạch nằm trên bề mặt của cổ xương đùi; nguồn cấp máu thứ ba từ động mạch dây chằng tròn.



Hình 4. Cấp máu cho cổ chỏm xương đùi

Tùy vào vị trí của gãy cổ xương đùi mà ảnh hưởng đến cấp máu cho vùng cổ chỏm xương đùi là khác nhau. Diện gãy càng di lệch nhiều thì các nguồn cấp máu cho vùng cổ chỏm xương đùi càng bị ảnh hưởng nghiêm trọng.

Khi gãy cổ xương đùi, chảy máu từ diện gãy và các mạch máu nuôi dưỡng vùng cổ chỏm xương đùi vào trong khớp háng làm tăng áp lực trong bao khớp háng. Tăng áp lực đến một mức nào đó sẽ làm cản trở dòng máu còn lại đến nuôi dưỡng cho vùng cổ chỏm xương đùi. Đó là lý do tại sao gãy cổ xương đùi cần điều trị phẫu thuật sớm, đôi khi được xem như phẫu thuật cấp cứu có trì hoãn trong chấn thương chỉnh hình.



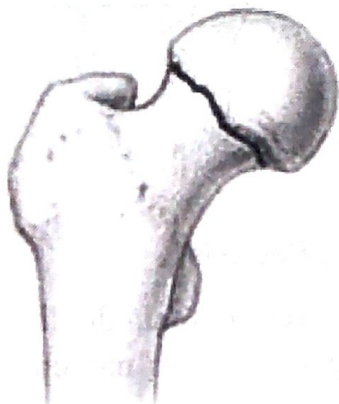
Hình 5. Rối loạn cấp máu cho vùng cổ chỏm xương đùi trong gãy liên máu chuyển (a) và gãy cổ xương đùi (b)

3. PHÂN LOẠI GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

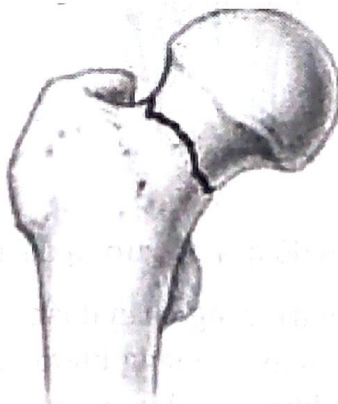
3.1. Vị trí đường gãy

Dựa vào vị trí đường gãy cổ xương đùi mà người ta chia ra ba loại:

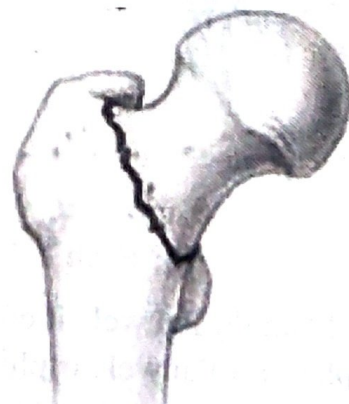
Gãy sát chỏm



Gãy sỏ chính danh



Gãy nền cổ



Hình 6. Phân loại gãy cổ xương đùi theo vị trí giải phẫu

- Gãy sát chỏm: Diện gãy nằm ngay dưới diện sụn của chỏm. Đây là loại gãy nằm hoàn toàn trong bao khớp háng.

- Gãy cổ chính danh: Diện gãy nằm giữa chỏm và máu chuyển lớn. Ở phía trước của cổ xương đùi, diện gãy nằm trong bao khớp háng. Ở phía sau của cổ xương đùi, diện gãy ở nửa trên của cổ nằm trong bao khớp háng, diện gãy ở nửa dưới của cổ nằm ngoài bao khớp háng.

- Gãy nền cổ: Diện gãy nằm trên đường liên máu, nối máu chuyển nhỏ và máu chuyển lớn. Đây là loại gãy nằm ngoài bao khớp háng.

Với quan điểm gãy cổ xương đùi là một gãy xương nội khớp, một số tác giả cho rằng, gãy nền cổ xương đùi nằm ngoài bao khớp háng nên không xếp loại vào nhóm gãy cổ xương đùi.

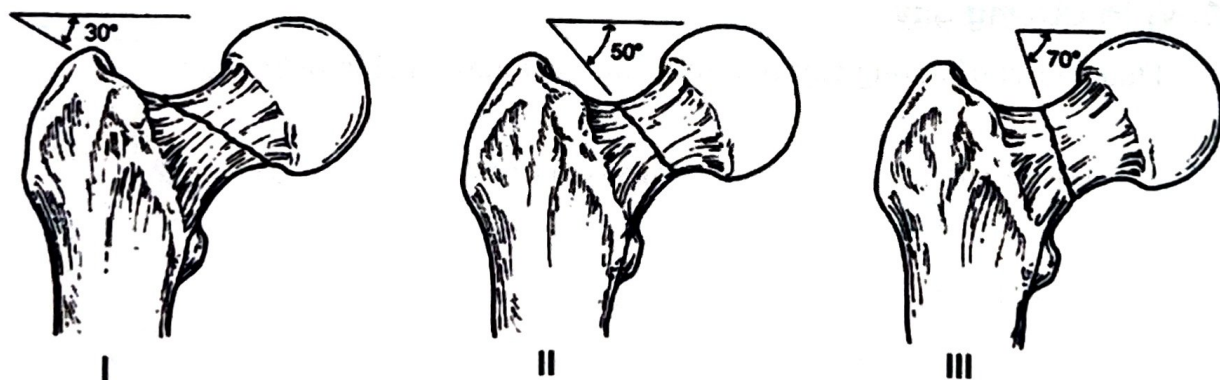
3.2. Độ chệch của đường gãy

Theo độ chệch của đường gãy, Pauwels (1935) chia gãy cổ xương đùi thành ba loại, dựa vào góc α là góc tạo bởi giữa diện gãy với mặt phẳng nằm ngang. Góc này càng lớn thì hướng vector lực qua khớp háng càng rơi ra ngoài diện gãy khiến diện gãy càng tách rời.

- P1: $\alpha < 30^0$: Trọng lực còn ép nhiều vào diện gãy, tiên lượng tốt.

- P2: $30 \leq \alpha \leq 70^0$: Hướng của tập hợp lực rơi một phần ra ngoài diện gãy, tiên lượng dè dặt.

- P3: $\alpha > 70^0$: Đường gãy gần như đứng dọc nên ổ gãy rất khó liền, nguy cơ khớp giả hoặc hoại tử vô mạch chỏm xương đùi.



Hình 7. Phân độ gãy cổ xương đùi theo Pauwels

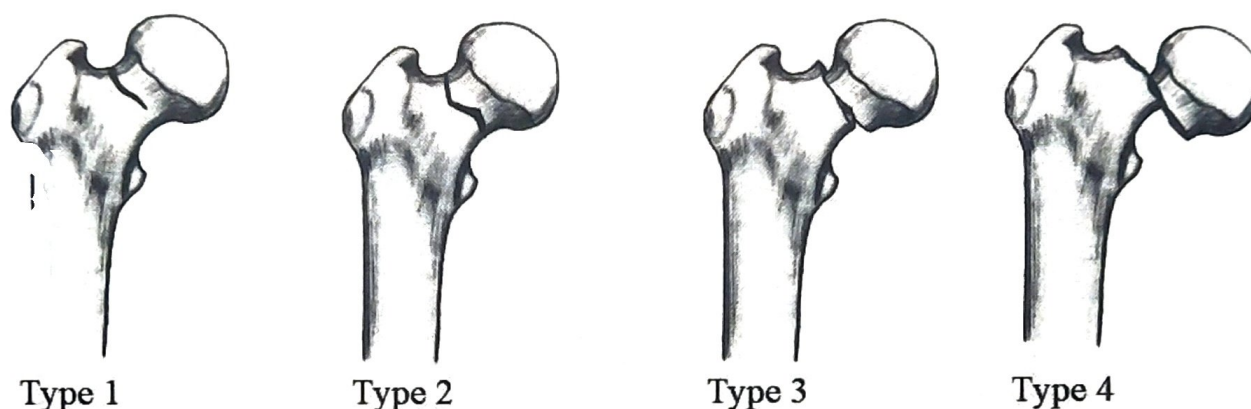
Phân độ Pauwels ít có giá trị trong chẩn đoán và quyết định thái độ điều trị. Tuy nhiên phân độ Pauwels ở phim chụp X quang khớp háng sau điều trị nắn chỉnh và kết hợp xương có ý nghĩa tiên lượng khả năng liền xương.

3.3. Di lệch của ổ gãy

Garden (1964) dựa vào sự di lệch của diện gãy trên phim chụp X quang khớp háng thẳng chia gãy cổ xương đùi thành bốn loại:

- Garden 1: Gãy một phần cổ/ ổ gãy cài nhau. Các bề xương phía dưới của cổ còn nguyên.
- Garden 2: Gãy hoàn toàn, không di lệch.
- Garden 3: Di lệch nhiều nhưng diện gãy còn dính vào nhau.
- Garden 4: Chỏm không còn dính vào cổ, chỏm quay tự do.

Sau này một số tác giả (Eliasson - Eiskjaer và Ostgard, Kreder) nhận thấy không có sự khác biệt về biện pháp điều trị và kết quả điều trị giữa nhóm gãy cổ xương đùi Garden 1 và 2, cũng như nhóm gãy cổ xương đùi Garden 3 và 4 nên đã đề xuất một phân độ Garden rút gọn gồm hai nhóm: không di lệch (gồm Garden 1 và 2) và di lệch (gồm Garden 3 và 4).

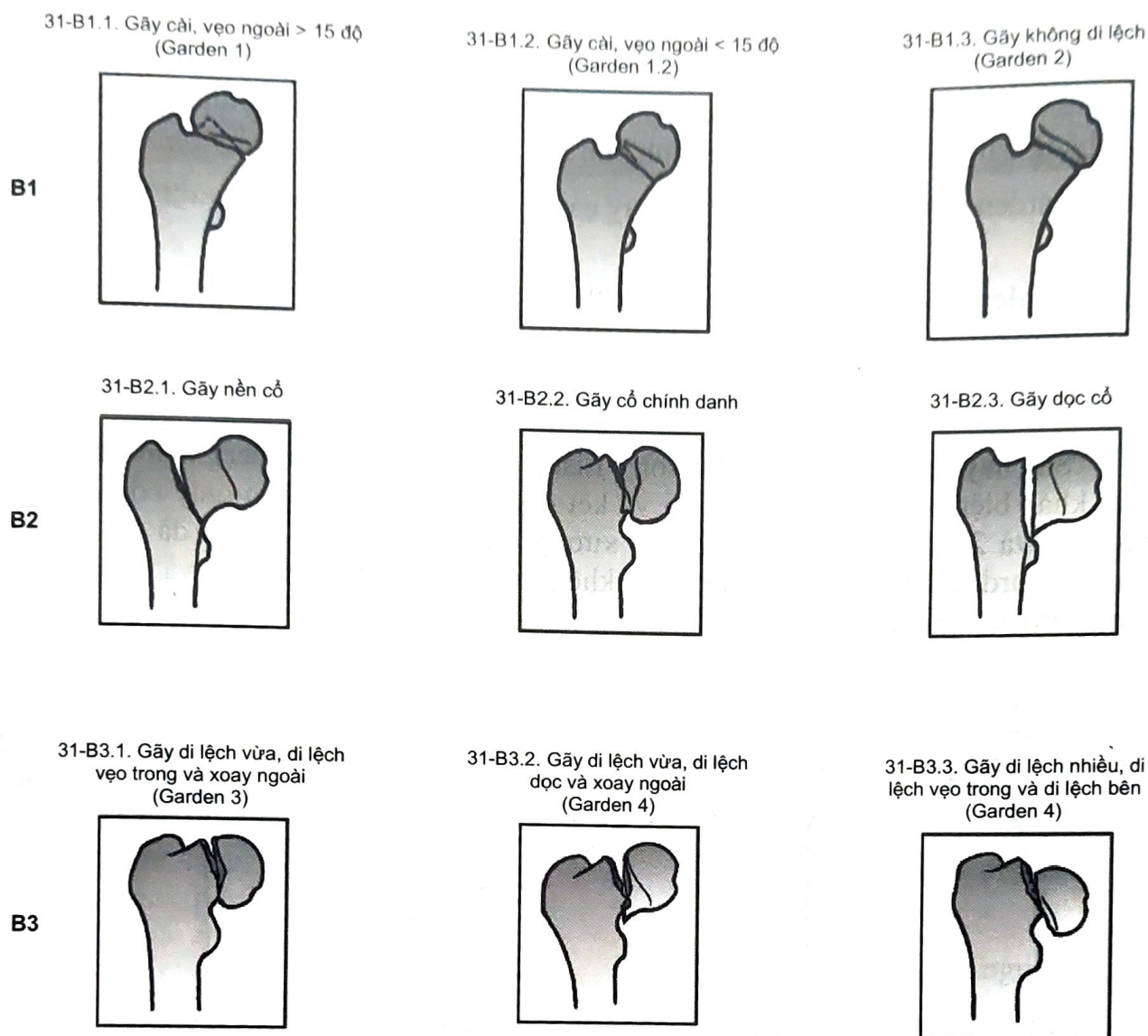


Hình 8. Phân loại gãy cổ xương đùi theo Garden

3.4. Phân loại gãy cổ xương đùi theo AO/ ATO

Gãy cổ xương đùi nằm trong nhóm gãy đầu trên xương đùi, được đánh số 31 trong phân loại của AO/ ATO. Gãy cổ xương đùi theo phân loại của AO/ ATO được chia thành ba nhóm:

- Nhóm 1 (B1): Gãy sát chỏm không di lệch hoặc di lệch tối thiểu.
- Nhóm 2 (B2): Bao gồm gãy cổ chính danh và gãy nền cổ xương đùi di lệch.
- Nhóm 3 (B3): Bao gồm các các hình thái gãy sát chỏm xương đùi không cài, di lệch.



Hình 9. Phân loại gãy cổ xương đùi theo AO/ ATO.

3.5. Theo góc cổ - thân xương đùi

Dựa vào sự thay đổi của góc giữa cổ và thân xương đùi sau gãy, trên lâm sàng chia gãy cổ xương đùi thành hai dạng:

- Gãy cổ xương đùi cài nhau: Ít gặp với tỉ lệ chiếm 30% (còn gọi là gãy giạng).
- Gãy cổ xương đùi rời nhau: Gặp chủ yếu trong gãy cổ xương đùi (còn gọi là gãy khép).

4. CHẨN ĐOÁN GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

4.1. Chẩn đoán lâm sàng gãy cổ xương đùi

Khai thác cơ chế chấn thương có giá trị trong chẩn đoán bệnh. Thường người bệnh gãy cổ xương đùi có nguyên nhân và cơ chế chấn thương rõ ràng. Một số trường hợp người bệnh cao tuổi, người bệnh loãng xương hoặc trên nền khối u xương, gãy cổ xương đùi có thể có hoặc không có nguyên nhân chấn thương rõ ràng. Gãy cổ xương

đùi do mỏi xương thường xảy ra ở đối tượng có yếu tố nguy cơ với biểu hiện đau vùng khớp háng, đau giảm đi khi nghỉ ngơi và dừng các hoạt động thể lực mạnh sau đó lại tái phát lại khi hoạt động thể lực mạnh.

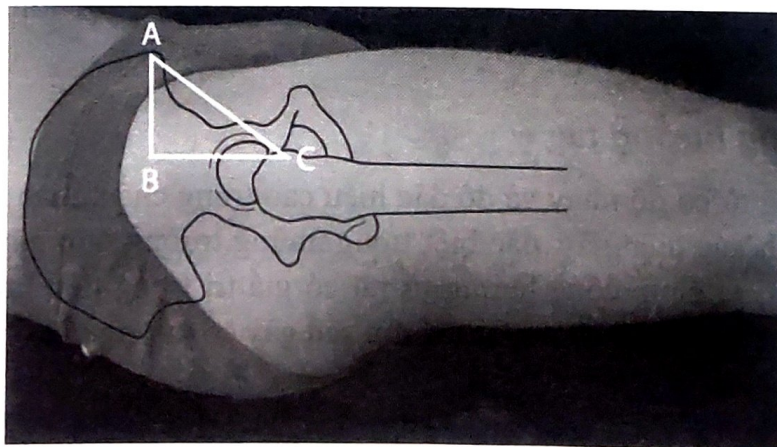
4.1.1. Gãy cổ xương đùi cài hoặc gãy cổ xương đùi do mỏi xương

- Triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn.
- Đau vùng khớp háng là triệu chứng thường gặp nhất. Một số trường hợp người bệnh phàn nàn về triệu chứng đau ở mặt trong đùi lan xuống dưới gối. Một số trường hợp triệu chứng đau mơ hồ, khó xác định vị trí cụ thể.
- Đau khi khám vận động chủ động và vận động thụ động của khớp háng nhưng người bệnh có thể vẫn thực hiện được đầy đủ các động tác của khớp háng. Người bệnh có thể có biểu hiện co cơ đối kháng lại nếu vận động quá mức khiến đau tăng lên.
- Đau khi gõ dồn từ mấu chuyển lớn hoặc gót chân vào khớp háng.

4.1.2. Gãy cổ xương đùi di lệch

Gãy cổ xương đùi di lệch có thể là diễn biến tiếp theo của một gãy cài không được chẩn đoán và điều trị. Triệu chứng gãy cổ xương đùi di lệch thường rất điển hình:

- Đau nhiều toàn bộ khớp háng.
- Sưng nề vùng tam giác Scarpa, ấn vùng này bệnh nhân rất đau.
- Mất vận động chủ động khớp háng và không vận động thụ động được các động tác của khớp háng bị tổn thương do đau.
- Biến dạng chi điển hình: chân ngắn, đùi khép, cẳng bàn chân xoay đổ ra ngoài nhưng cạnh ngoài của bàn chân không đồ sát mặt giường.
- Tràn dịch khớp gối xảy ra muộn trong một số ít trường hợp.
- Gãy cổ xương đùi nội khớp thường không có dấu hiệu bầm tím quanh vùng khớp háng.
- Tam giác Bryant thay đổi, mấu chuyển lớn lên cao hơn so với đường Nélaton -Roser.



Hình 10. Minh họa tam giác Bryant

4.2. Chẩn đoán hình ảnh gãy cổ xương đùi

4.2.1. X quang

Chụp X quang là lựa chọn đầu tay trong chẩn đoán gãy cổ xương đùi. Cần chụp X quang khung chậu thẳng và X quang khớp háng nghiêng để chẩn đoán. Tuy nhiên trong thực hành lâm sàng, do người bệnh đau nhiều nên chụp X quang khớp háng nghiêng thường rất khó khăn.

Chụp X quang đánh giá vị trí gãy cũng như tính chất của diện gãy. Ngoài ra chụp X quang giúp phân loại tổn thương.

Các dấu hiệu trực tiếp của gãy cổ xương đùi trên X quang gồm sự gián đoạn cấu trúc các bề xương ở vùng cổ xương đùi, hình ảnh đường gãy, hình ảnh một vết đậm ở cổ xương đùi do diện gãy cài vào nhau.

Các dấu hiệu gián tiếp của gãy cổ xương đùi gồm: cổ xương đùi ngắn, góc cổ thân xương đùi thay đổi, vòng cung cổ bịt (đường Shenton) bị gián đoạn, máu chuyển xương đùi hai bên không đều nhau (do biến dạng xoay), đầu trên xương đùi bên gãy bị kéo lên cao...



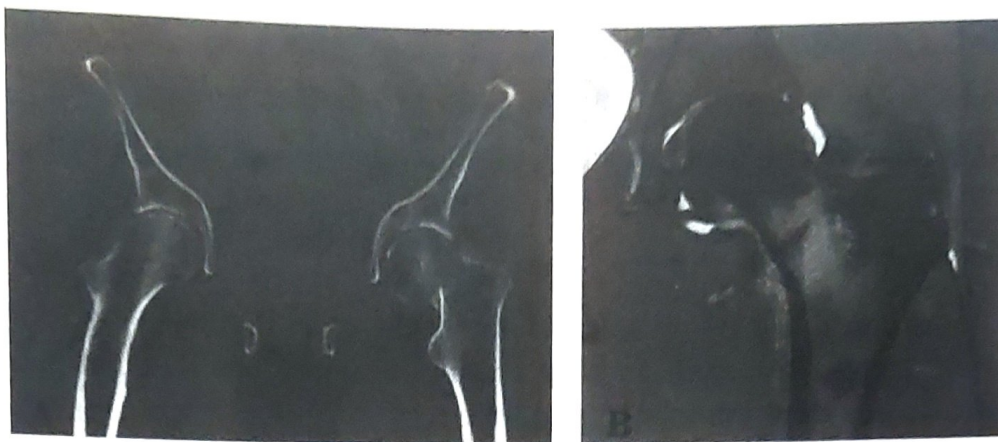
Hình 11. Gãy cổ xương đùi trên X quang

4.2.2. Chụp cắt lớp vi tính

Chụp cắt lớp vi tính rất hữu ích cho những trường hợp gãy phức tạp vùng cổ chỏm xương đùi và gãy cổ xương đùi bệnh lý. Chụp cắt lớp vi tính giúp đánh giá diện gãy trên các bình diện khác nhau, đồng thời có khả năng dựng hình được tổn thương trong mối quan hệ tổng thể của khớp háng.

4.2.3. Chụp cộng hưởng từ

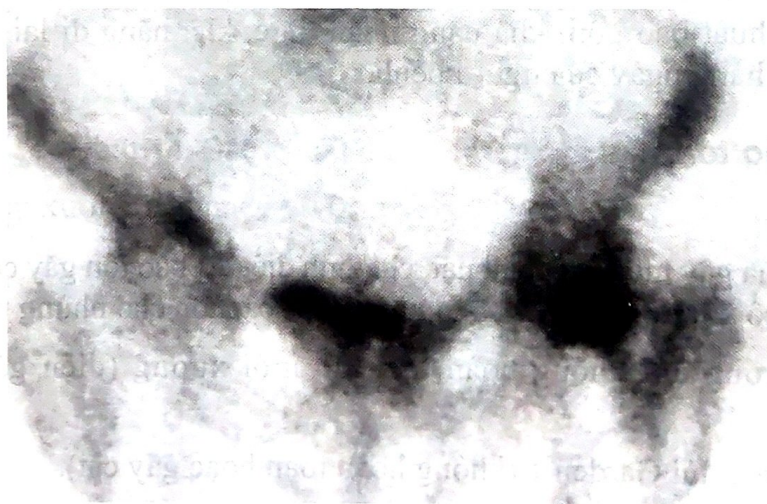
Cộng hưởng từ có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán gãy cổ xương đùi, nhìn thấy rõ chính xác diện gãy, đặc biệt trong những trường hợp gãy cổ xương đùi do mỏi xương. Ngoài ra chụp cộng hưởng từ rất có giá trị trong tiên lượng và chẩn đoán biến chứng hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi sau gãy cổ xương đùi.



Hình 12. Gãy cổ xương đùi trên phim chụp cắt lớp vi tính (A) và cộng hưởng từ (B)

4.2.4. Chụp đồng vị phóng xạ

Khi người bệnh có chống chỉ định chụp cộng hưởng từ, chụp đồng vị phóng xạ bằng máy SPECT/ SPECT- CT, PET/ PET- CT có giá trị chẩn đoán và tiên lượng nguy cơ hoại tử chỏm xương đùi cho những trường hợp gãy cổ xương đùi bệnh lý hoặc gãy cổ xương đùi do mỏi xương. Tuy nhiên giá trị của chụp đồng vị phóng xạ khác nhau ở những thời điểm thăm khám khác nhau. Độ nhạy của chụp đồng vị phóng xạ trong gãy cổ xương đùi là khoảng 80% trong vòng 24 giờ đầu sau chấn thương, khoảng 95% ở thời điểm 3 ngày sau chấn thương và đạt đỉnh cao nhất vào khoảng ngày thứ 7 sau chấn thương. Độ nhạy và độ đặc hiệu của chụp đồng vị phóng xạ trong đánh giá nguồn máu nuôi dưỡng cổ chỏm xương đùi có thể so sánh với cộng hưởng từ. Mặc dù rất nhạy trong chẩn đoán gãy cổ xương đùi, chụp đồng vị phóng xạ lại không đặc hiệu cho gãy cổ xương đùi. Một số bệnh lý khác (nhiễm trùng, viêm, u xương...) cũng có thể làm tăng độ tập trung phóng xạ ở cổ xương đùi.



Hình 13. Tăng độ tập trung phóng xạ ở khớp háng trái do gãy cổ xương đùi

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Cấp cứu ban đầu gãy cổ xương đùi

- Phòng và chống sốc cho người bệnh: Bù lại khối lượng tuần hoàn cho người bệnh.

- Giảm đau tốt: Tùy vào mức độ đau, tình trạng người bệnh và các bệnh lý đi kèm có thể sử dụng các loại thuốc giảm đau phù hợp.

- Bất động chi gãy: Có thể sử dụng nẹp gỗ, nẹp chống xoay hoặc bó bột để bất động diện gãy.

- Duy trì các thuốc điều trị bệnh lý nền (nếu cần).

- Gãy cổ xương đùi ở người trẻ tuổi do cơ chế chấn thương năng lượng cao gây nên thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương. Cấp cứu ban đầu cần giải quyết các tình trạng nặng đe dọa đến tính mạng người bệnh.

5.2. Điều trị thực thụ

Mục đích của điều trị gãy cổ xương đùi là hỗ trợ liền xương, phục hồi chức năng chi thể và phòng ngừa các biến chứng do gãy cổ xương đùi gây nên. Mục tiêu quan trọng nhất trong điều trị gãy cổ xương đùi là giúp người bệnh có được chức năng khớp háng giống như trước khi bị gãy.

Phẫu thuật là lựa chọn hàng đầu trong điều trị gãy cổ xương đùi, giúp bệnh nhân có thể vận động sớm tránh được các biến chứng do bất động lâu gây ra. Phẫu thuật kết hợp xương thường được chỉ định cho những trường hợp gãy mới cổ xương đùi ở người trẻ tuổi. Phẫu thuật thay khớp nhân tạo là phương pháp tốt nhất để điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi, gãy cổ xương đùi đến muộn và đặc biệt là gãy cổ xương đùi có biến chứng ở người trưởng thành: tiêu chỏm, không liền xương, thoái hóa khớp háng...

Quyết định điều trị phẫu thuật hay điều trị bảo tồn phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Điều trị gãy cổ xương đùi di lệch phụ thuộc vào tuổi của người bệnh và hoạt động thể lực của người bệnh trước khi bị gãy. Ở người cao tuổi, các yếu tố cần phải cân nhắc cho một điều trị phẫu thuật bao gồm khả năng nhận thức, khả năng đi lại và khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

5.2.1. Điều trị bảo tồn

Chỉ định:

Với tiến bộ của gây mê và phẫu thuật, chỉ định điều trị bảo tồn gãy cổ xương đùi ngày càng thu hẹp. Gãy cổ xương đùi được chỉ định điều trị bảo tồn cho những trường hợp:

- Gãy cổ xương đùi không hoàn toàn do mới xương (diện gãy dưới 50% cổ xương đùi).

- Gãy cổ xương đùi Garden 1 (không hoàn toàn hoặc gãy cài).

- Gãy cổ xương đùi ở người bệnh nằm liệt giường.

- Gãy cổ xương đùi ở người bệnh có chống chỉ định của gây mê - phẫu thuật.

Các phương pháp điều trị bảo tồn:

- Phương pháp vận động sớm Lucas-Championiere: Kiểm soát đau cho người bệnh bằng cách giảm đau đa phương thức, cho người bệnh ngồi dậy sớm để tránh các biến chứng toàn thân do nằm lâu, tập phục hồi chức năng chi dưới cho người bệnh.

Phương pháp này thường áp dụng cho những người bệnh quá già yếu, không thể chịu đựng được cuộc phẫu thuật, nhằm cứu sống bệnh nhân là chính.

- Bó bột chậu lưng chân: Thường chỉ áp dụng cho gãy cổ xương đùi ở trẻ em.
- Kéo liên tục: Kéo liên tục ngày nay ít được sử dụng. Có thể kéo liên tục qua da đối với trẻ em và kéo liên tục qua xương đối với người lớn.

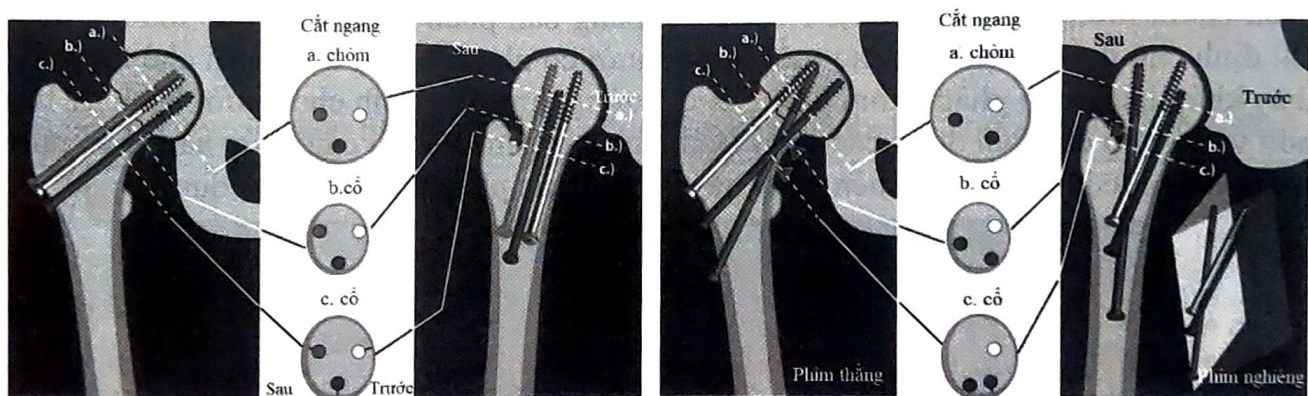
5.2.2. Điều trị phẫu thuật kết hợp xương

Chỉ định:

- Gãy cổ xương đùi di lệch ở người trưởng thành. Theo y văn, phẫu thuật kết hợp xương có thể được chỉ định cho hầu hết người bệnh gãy cổ xương đùi dưới 65 tuổi.
- Kết hợp xương bằng cách ưu tiên nắn chỉnh kín diện gãy dưới màn tăng sáng sau đó kết hợp xương bên trong. Trong trường hợp nắn chỉnh kín không thể nắn chỉnh diện gãy đạt giải phẫu mới cân nhắc mổ mở nắn chỉnh diện gãy và kết hợp xương bên trong.

Các phương pháp mổ kết hợp xương bên trong bao gồm:

- Mổ kết hợp xương bằng vít xóp.



Hình 14. Các kỹ thuật bắt vít xóp cổ xương đùi

- Mổ kết hợp xương bằng nẹp vít có nén ép.



Hình 15. Kết hợp xương gãy cổ xương đùi bằng nẹp vít có nén ép

Lựa chọn phương pháp kết hợp xương tùy thuộc vào mức độ vững hay mất vững của diện gãy.

5.2.3. Điều trị phẫu thuật thay khớp háng bán phần

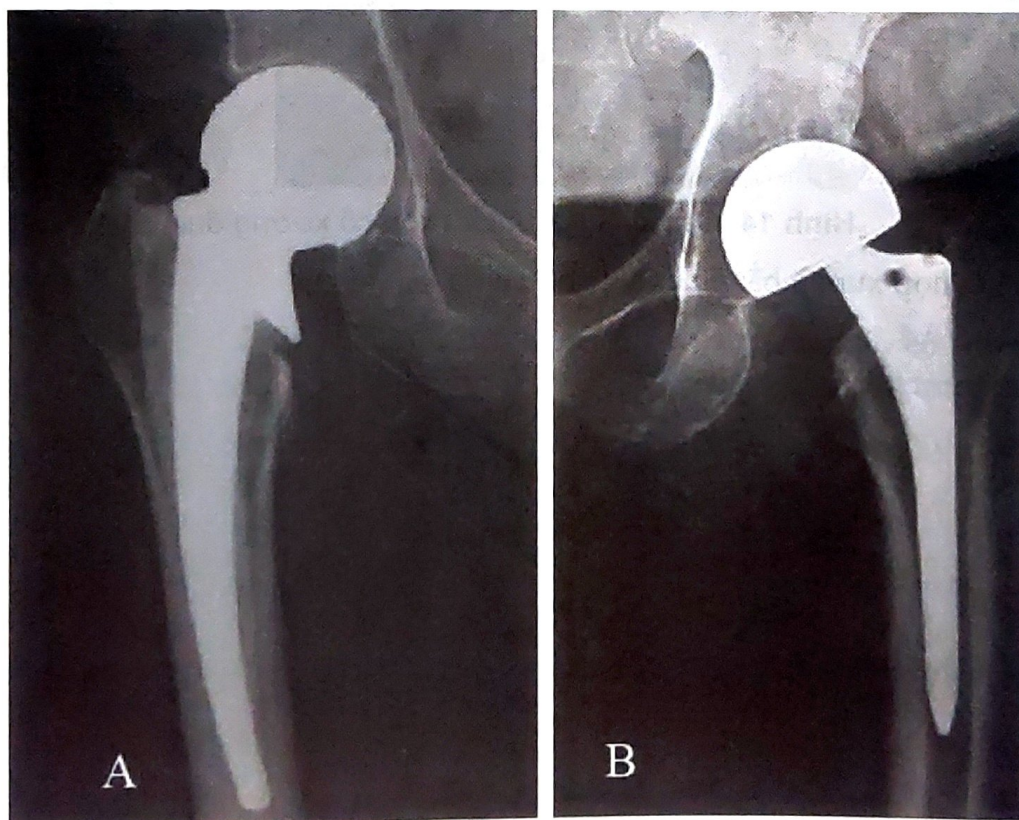
Chỉ định:

- Gãy cổ xương đùi di lệch ở người lớn tuổi. Theo y văn, gãy cổ xương đùi ở người bệnh trên 65 tuổi mới cân nhắc đến việc chỉ định điều trị thay khớp háng bán phần.
- Gãy cổ xương đùi ở người bệnh loãng xương.
- Gãy cổ xương đùi di lệch đến muộn.
- Biến chứng sau gãy cổ xương đùi: không liền xương, tiêu chỏm.

Kỹ thuật mổ:

- Thay khớp háng có xi măng hoặc thay khớp háng không xi măng. Ở người cao tuổi, chất lượng xương kém, để khớp nhân tạo gắn kết tốt được với xương, thay khớp háng có xi măng thường được lựa chọn điều trị.

- Thay khớp háng bán phần chỏm đơn cực (unipolar) hoặc thay khớp háng bán phần chỏm lưỡng cực (bipolar). Thay khớp háng bán phần chỏm đơn cực thường được chỉ định cho người bệnh rất cao tuổi hoặc người có nhu cầu vận động hạn chế trong khi thay khớp háng bán phần chỏm lưỡng cực thường được chỉ định cho người bệnh trẻ tuổi hơn và có nhu cầu vận động cao hơn. Do biến chứng mòn ổ cối của khớp háng bán phần chỏm đơn cực khá phổ biến nên ngày nay ít được các phẫu thuật viên sử dụng.



Hình 16. Thay khớp háng bán phần chỏm đơn cực (A) và lưỡng cực (B)

5.2.4. Điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần

Chỉ định:

- Gãy cổ xương đùi ở người có bệnh lý viêm thoái hóa khớp háng trước đó.
- Một số tác giả ủng hộ chỉ định cho những trường hợp gãy cổ xương đùi di lệch ở người không quá lớn tuổi, có nhu cầu vận động thể lực cao.
- Biến chứng của gãy cổ xương đùi ở người trẻ tuổi hoặc không quá lớn tuổi có nhu cầu vận động thể lực cao.

Kỹ thuật mổ:

- Thay khớp háng toàn phần có xi măng hoặc không có xi măng.



Hình 17. Thay khớp háng toàn phần

Bảng 1. Lược đồ điều trị gãy cổ xương đùi di lệch (Campbell's Operative Orthopaedics)

Tuổi	Hoạt động chức năng	Chỉ định
Dưới 65 tuổi	Hoạt động thể lực tốt	Mổ nắn chỉnh kín trên màn tăng sáng, kết hợp xương bên trong. Hoặc mổ mở nắn chỉnh diện gãy nếu nắn chỉnh kín thất bại.
65 - 75 tuổi	Hoạt động thể lực tốt	Mổ nắn chỉnh kín trên màn tăng sáng, kết hợp xương bên trong. Hoặc mổ thay khớp háng bán phần chỏm lưỡng cực nếu nắn chỉnh kín thất bại.
Trên 75 tuổi	Hoạt động thể lực tốt	Mổ thay khớp háng bán phần chỏm lưỡng cực.
	Hoạt động thể lực hạn chế	Mổ thay khớp háng bán phần chỏm đơn cực
	Ôm yếu, không hoạt động thể lực	Nắn chỉnh kín, cố định diện gãy qua da (có thể cho an thần kết hợp gây tê tại chỗ)
Không kể tuổi	Có bệnh lý viêm thoái hóa khớp háng	Thay khớp háng toàn phần
	Nằm tại chỗ	Nắn chỉnh kín trên màn tăng sáng, kết hợp xương bên trong hoặc điều trị bảo tồn

6. BIẾN CHỨNG CỦA GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

- Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi: Chiếm tỷ lệ 10-45%.

- Không liền xương: Chiếm tỷ lệ 5-30%.
- Thoái hóa khớp háng.
- Nhiễm trùng sau mổ kết hợp xương/ thay khớp háng.
- Trật khớp háng nhân tạo sau mổ thay khớp háng nhân tạo ở người bệnh gãy cổ xương đùi chiếm tỷ lệ khoảng 10%. Thay khớp háng toàn phần có tỷ lệ trật khớp háng nhân tạo cao hơn khoảng 7 lần so với thay khớp háng bán phần.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày các phân loại gãy cổ xương đùi?

Câu 2. Trình bày chẩn đoán gãy cổ xương đùi?

Câu 3. Trình bày chỉ định và các phương pháp điều trị gãy cổ xương đùi?

Câu 4. Nêu các biến chứng của gãy cổ xương đùi?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc. (2000) Gãy cổ xương đùi, *Giáo trình ngoại đại cương, phần Chấn thương chỉnh hình*. Nhà xuất bản Y học, Tập 3, 67 - 70.
2. Christopher Tzioupis, Peter V. Zannoudis and David A. MacDonald. (2006) Intracapsular fracture of hip. *Practical procedure in Orthopaedic Trauma Surgery*. Cambridge University Press, pp. 167-176.
3. Edward Rainier G. Santos and Marc Swiontkowski. (2006) Femoral neck fracture: open reduction and internal fixation. *Master Technique in Orthopaedic Surgery: Fracture, 2nd*. Lippincott William and Wilkins, pp. 207-232.
4. John C. Weinlein (2017): Fracture and Dislocation of the Hip. *Chapter 55- Campbell's Operative Orthopaedics 13th edition, International edition*, Copyright 2017 by Elsevier, Inc, pp.
5. John F. Keating (2015). Femoral neck fracture. *Rockwood and Green's Fracture in Adults, 8th Edition*, Copyright 2015 Wolters Kluwer Health, pp. 2031-2074.
6. Marc F. Swiontkowski (2008). Intracapsular hip fracture. *Skeletal Trauma, 4th Edition*, pp.1833-1913

GỠ THÂN XƯƠNG ĐÙI

Phùng Ngọc Hòa, Trần Trung Dũng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được chẩn đoán gãy thân xương đùi.
2. Trình bày được các biến chứng của gãy thân xương đùi.
3. Trình bày được cách sơ cứu, các chỉ định điều trị gãy thân xương đùi.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy thân xương đùi (GTXĐ) có thể gặp ở mọi lứa tuổi, từ sơ sinh đến người lớn. Hay gặp nhiều nhất ở tuổi trưởng thành: 20-40 tuổi.

Xương đùi là xương dài lớn nhất của cơ thể, lại có nhiều cơ bao bọc xung quanh, nên thường phải có một lực tác động mạnh mới dễ gãy được. GTXĐ gặp nhiều trong tai nạn giao thông, tai nạn lao động.

Vị trí gãy thân xương đùi: Tính từ 5 cm dưới mấu chuyển lớn và trên lồi cầu xương đùi 5 cm.

Gãy thân xương đùi dễ gây sốc: do đau, do mất máu (500-1500 ml) nên phải hồi sức và bất động tốt khi vận chuyển.

2. GIẢI PHẪU ỨNG DỤNG

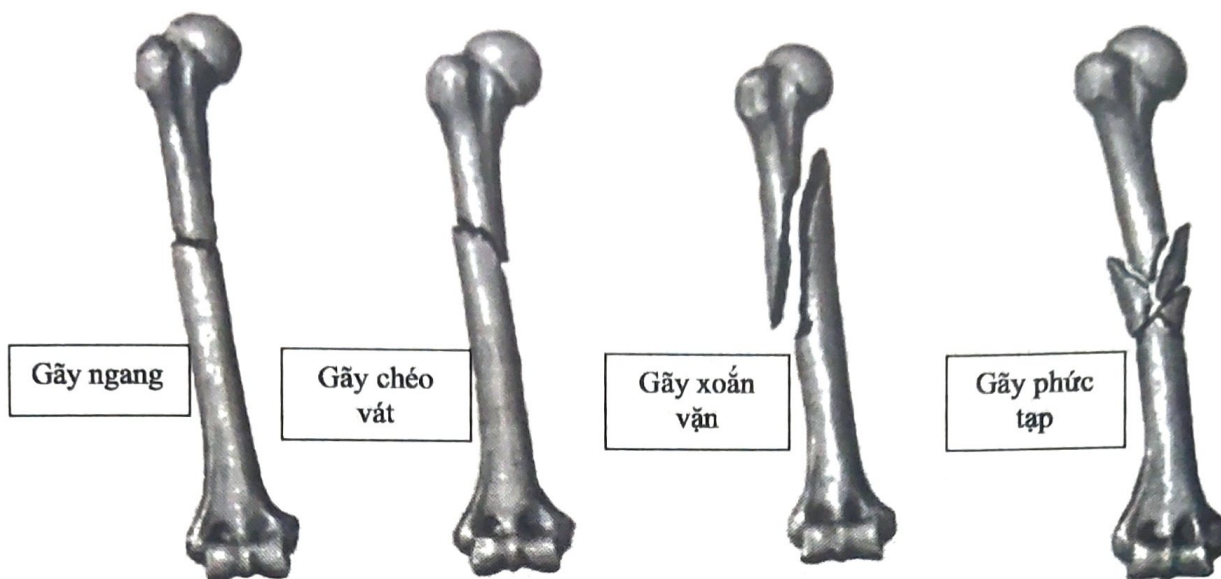
Thân xương đùi không phải thẳng hoàn toàn mà hơi cong lồi ra ngoài, do đó khi đặt nẹp vít cố định ở gãy thì phải đặt nẹp ở phía ngoài để tăng lực ép tại ổ gãy và giảm lực tải lên nẹp.

Ống tủy xương đùi hẹp đều ở 1/3 giữa thân xương, rộng hơn ở 1/3 trên và 1/3 dưới. Do đó, trước đây khi định nội tủy có chốt còn chưa phổ biến, đối với ổ gãy 1/3 giữa thân xương đùi có thể dùng đinh Kuntchner; tuy nhiên hiện nay đinh nội tủy có chốt ngang được dùng phổ biến cho tất cả vị trí gãy thân xương đùi, đinh Kuntchner ít được sử dụng nữa.

3. TỖN THƯƠNG GIẢI PHẪU

3.1. Đường gãy

Có thể gặp hình thái đường gãy ngang, chéo vát hoặc xoắn vặn, gãy phức tạp có nhiều mảnh rời.



Hình 1. Các hình thái đường gãy thân xương đùi

3.1.1. Đường gãy ngang

- Thường hay gặp sau cơ chế chấn thương trực tiếp.
- Nắn chỉnh thì khó nhưng khi nắn chỉnh được thì ít bị di lệch thứ phát, đặc biệt là đường gãy ngang hình răng cưa cài nhau.

3.1.2. Đường gãy chéo vát hoặc xoắn vặn

- Thường do cơ chế chấn thương gián tiếp.
- Nắn chỉnh thì không khó nhưng hay gặp di lệch thứ phát khi nắn giữ trong bột.

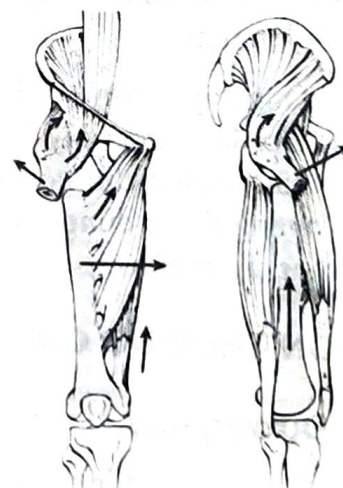
3.1.3. Gãy xương phức tạp có nhiều mảnh rời

Được xếp vào loại gãy không vững, khó nắn chỉnh và giữ bằng bột.

3.2. Vị trí gãy và cơ chế di lệch

3.2.1. Gãy ở vị trí 1/3 trên

Đầu trung tâm bị các cơ chậu hông - mấu chuyển kéo ra ngoài và xoay ngoài, cơ thắt lưng chậu kéo lên trên, ra trước; đầu ngoài vì bị khối cơ khép kéo mạnh vào trong gãy nên gấp góc nhiều, tạo ra góc mở vào trong và ra sau. Khi nắn chỉnh rất khó, chỉ có khả năng chỉnh đầu ngoài vì theo hướng của đầu trung tâm.



Hình 2. Cơ chế di lệch gãy 1/3 trên xương đùi

3.2.2. Gãy ở vị trí 1/3 giữa

Di lệch tương tự gãy 1/3 trên nhưng gập góc ít hơn.

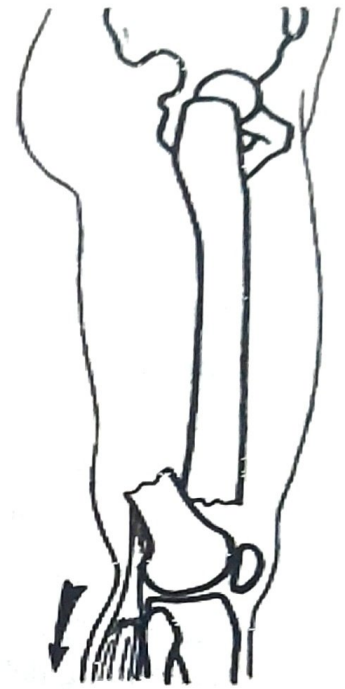
3.2.3. Gãy ở vị trí 1/3 dưới

Đầu trung tâm kéo xuống dưới vào bao hoạt dịch từ đầu đùi, đầu ngoại vi bị kéo ra sau bởi cơ sinh đôi ngoài và sinh đôi trong, có nguy cơ tổn thương bó mạch thần kinh ở vùng khoeo. Vì vậy muốn nắn chỉnh tốt cần để gập nhẹ khớp gối.

3.3. Gãy xương đùi ở trẻ em

Ở trẻ em, xương đùi còn đang độ phát triển lớn theo chiều dài và chiều ngang nên có thể tự điều chỉnh được, ít để lại di chứng với các trường hợp ngắn xương ≤ 2 cm và gập góc $\leq 10^\circ$. Tuy nhiên, xương trẻ em không tự chỉnh được di lệch xoắn vặn theo trục.

Gãy xương đùi trẻ em có thể kèm theo bong sụn tiếp hợp, gây nên chân dài, chân ngắn về sau này.

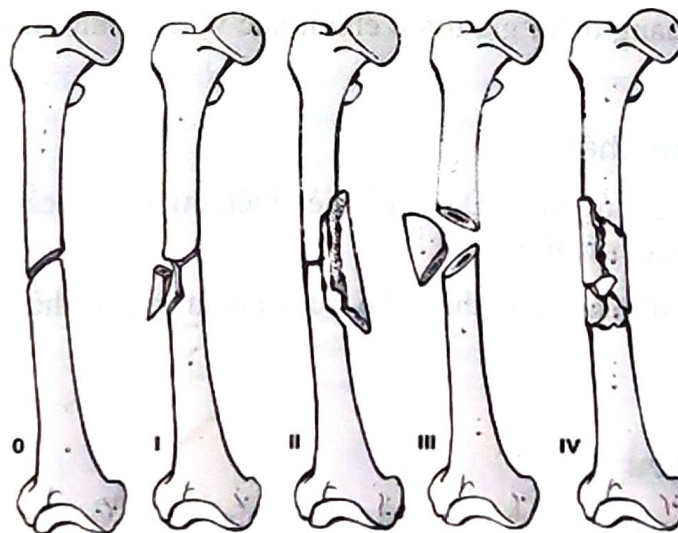


Hình 3. Cơ chế di lệch gãy 1/3 dưới xương đùi

4. PHÂN LOẠI

Theo Winquist và Hansen (1984), gãy thân xương đùi được chia làm 5 mức độ:

- Độ 0: Gãy đơn giản, không có mảnh rời.
- Độ 1: Gãy có mảnh rời nhỏ với kích thước $< 25\%$ bề rộng của thân xương.
- Độ 2: Gãy có mảnh rời với kích thước $25\% - 50\%$ bề rộng của thân xương.
- Độ 3: Gãy có mảnh rời lớn với kích thước $> 50\%$ bề rộng của thân xương.
- Độ 4: Gãy phức tạp, nhiều mảnh rời, các đầu gãy di lệch xa nhau.



Hình 4. Phân độ gãy thân xương đùi theo Winquist - Hansen

5. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ X QUANG

5.1. Triệu chứng lâm sàng

Cơ năng:

- Vận động đùi, căng chân bên gãy bị giảm hoặc mất hoàn toàn.
- Đau nhiều tại vị trí gãy xương.

Thực thể:

- Dấu hiệu biến dạng chi điển hình: Đùi sưng nề to nhanh, chi gãy ngắn hơn bên lành, căng chân và bàn chân xoay ngoài. Đối với gãy 1/3 trên và 1/3 giữa thấy gấp góc vào trong, gãy 1/3 dưới thấy gấp góc ra trước.

- Sờ thấy đau chói tại ổ gãy.

- Dấu hiệu "lao xạo xương" và "cử động bất thường" tại ổ gãy. Đây là các dấu hiệu rất quan trọng để chẩn đoán gãy xương, tuy nhiên không nên tìm vì dễ gây sốc. Các triệu chứng bầm tím ở vùng thấp và tràn dịch khớp gối xuất hiện muộn. Đối với gãy 1/3 dưới xương đùi thì có thể có tràn máu khớp gối do đầu gãy chọc thủng vào túi thanh dịch cơ tứ đầu đùi.

- Đo thấy chiều dài tuyệt đối và tương đối của xương đùi bên gãy ngắn hơn so với bên lành.

Toàn thân: Có thể thấy biểu hiện sốc chấn thương: da xanh niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt (sốc do đau + mất máu).

5.2. Triệu chứng X quang

Sau khi cố định tạm thời và chống sốc (nếu có) chuyển nạn nhân đi chụp X quang hai tư thế chính: thẳng và nghiêng, phải lấy được hết chiều dài xương đùi (phía trên lấy đến khớp háng, phía dưới lấy đến khớp gối). Nếu trường hợp không lấy hết được chiều dài xương đùi, cần chụp thêm X quang khớp háng và khớp gối để tránh bỏ sót tổn thương.

Trên phim X quang đánh giá được chính xác vị trí, hình thái và tính chất di lệch của ổ gãy.

5.3. Các xét nghiệm khác

Xét nghiệm công thức máu: Đa số có biểu hiện thiếu máu cấp: số lượng hồng cầu, tỷ lệ hematocrit và huyết sắc tố giảm.

Xét nghiệm nhóm máu: Cần thiết cho truyền máu và các chế phẩm máu.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Sơ cứu, cấp cứu

Gãy xương đùi gây đau và mất máu nhiều nên trong sơ cứu, cấp cứu việc phòng và chống sốc phải đặt lên hàng đầu.

- Giảm đau toàn thân bằng thuốc: Morphin, Feldène...
- Bất động tạm thời bằng các loại nẹp sẵn có trong tay.
- Bù dịch hoặc tốt nhất là máu.
- Phát hiện đa chấn thương, chấn thương sọ não, chấn thương ngực, bụng.

6.2. Điều trị gãy thân xương đùi ở trẻ em

Gãy thân xương đùi ở trẻ em thường ít di lệch hơn so với người, thời gian liền xương nhanh, khả năng bình chỉnh sau này tốt nên thiên về điều trị bảo tồn.

- Trẻ sơ sinh: Nẹp thẳng trục xương bằng bìa cứng 10-12 ngày.
- Trẻ còn bú, trẻ em dưới 3 tuổi: Bó bột éch.
- Trẻ 4-12 tuổi: Gây mê, kéo nắn dưới màn huỳnh quang tăng sáng (máy C-arm) à làm bột chậu lưng chân, để bột 4 - 8 - 12 tuần tùy theo độ tuổi. Những ca gãy phức tạp có thể kéo liên tục, sau đấy bó bột tiếp tục.

Nếu nắn chỉnh bó bột không kết quả (di lệch thứ phát) phải mổ kết hợp xương:

+ Kết hợp xương định nội tuỷ mềm dẻo: Đóng đinh Métaizeau, đinh Rush, Ender...
Phẫu thuật nắn chỉnh kín và đóng đinh Métaizeau dưới màn huỳnh quang tăng sáng (máy C.arm) có nhiều ưu điểm ở điều trị gãy thân xương đùi di lệch nhiều ở trẻ em.

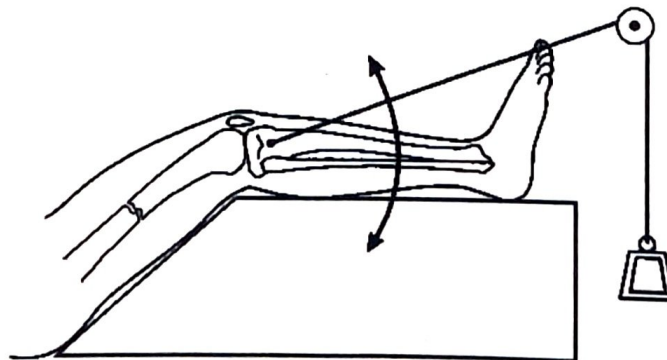
+ Kết hợp xương bằng nẹp vít: Hiện nay được sử dụng ít hơn do có nhiều nhược điểm so với đinh nội tuỷ mềm dẻo.

6.3. Điều trị gãy thân xương đùi ở người lớn

6.3.1. Kéo liên tục

- Dùng đinh Steimann, Kirschner xuyên qua phần hành xương của đầu dưới xương đùi đối với gãy 1/3 trên hoặc 1/3 giữa xương đùi, hoặc qua đầu trên xương chày đối với gãy 1/3 dưới xương đùi, trọng lượng kéo phụ thuộc vào trọng lượng cơ thể và mức độ di lệch của ổ gãy.

- Chỉ định: Bất động tạm thời, để chuẩn bị cho cuộc mổ sau. Hoặc kéo liên tục trong những trường hợp không có chỉ định mổ (bệnh về máu, những nơi không có điều kiện phẫu thuật...) sau 3-4 tuần chuyển bó bột chậu - lưng - chân.



Hình 5. Kéo liên tục trong gãy xương đùi

6.3.2. Mô kết hợp xương

Chỉ định:

- Gãy xương đùi người lớn.
- Gãy xương đùi trẻ em di lệch nhiều, điều trị bảo tồn không đạt.
- Gãy xương đùi có biến chứng: gãy hở, gãy xương có tổn thương mạch máu, thần kinh...

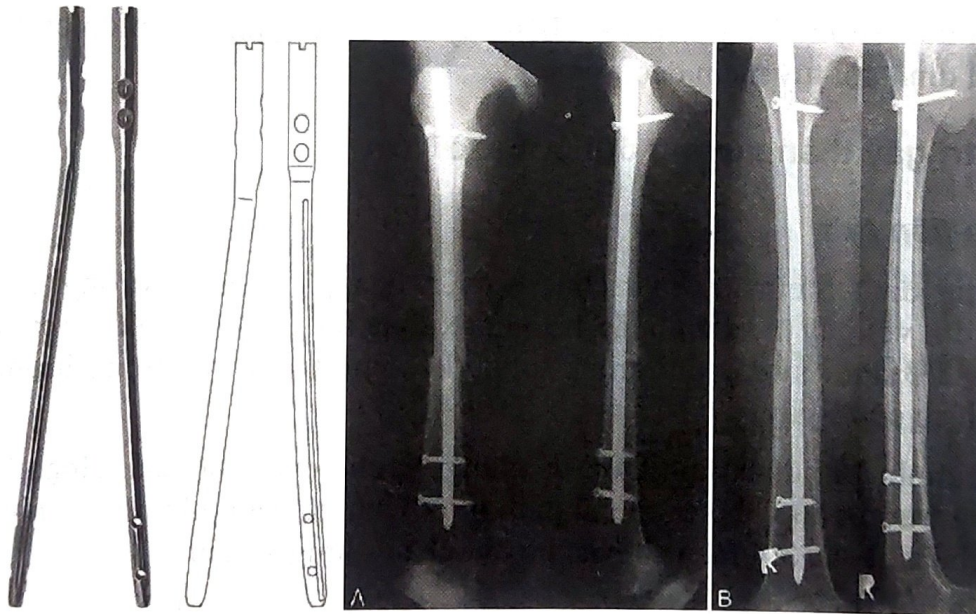
Ưu điểm:

- Khôi phục được giải phẫu của xương.
- Cố định được ổ gãy, giúp vận động sớm, tránh được các biến chứng do bất động lâu.

Kết hợp xương đùi định nội tủy (ĐNT):

- **Kết hợp xương bằng ĐNT có mở ổ gãy:** Đinh Kuntscher, ĐNT đặc có chốt ngang (S.I.G.N). Hiện nay đinh Kuntscher ít được sử dụng.

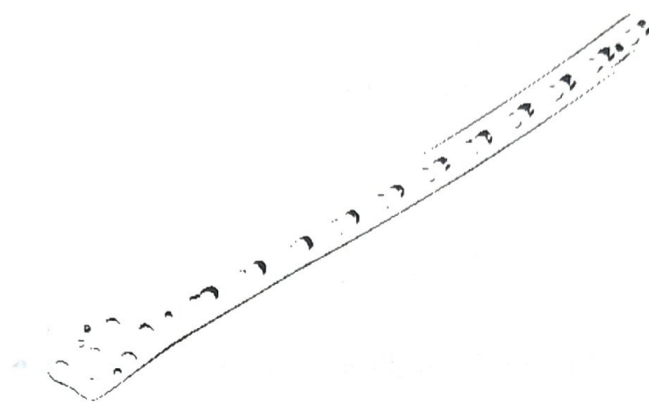
- **Kết hợp xương bằng ĐNT không mở ổ gãy:** Nắn chỉnh kín, đóng đinh nội tủy rỗng nòng có chốt ngang dưới màn huỳnh quang tăng sáng (máy C.arm). Hiện nay đây là phương pháp tối ưu nhất cho mọi đoạn gãy và mọi kiểu gãy thân xương đùi.



Hình 6. Đinh nội tủy có chốt ngang

Kết hợp xương nẹp vít: Được dùng nhiều từ năm 1960-1970, chủ yếu dùng cho nơi ống tủy rộng 1/3 trên, 1/3 dưới. Hiện nay có thêm nẹp vít khoá tốt hơn, tuy nhiên cũng ít được sử dụng hơn so với ĐNT có chốt ngang.

- Ưu điểm: Cố định xương vững, tập phục hồi cơ năng sớm.
- Nhược điểm: Sẹo mổ lớn, nguy cơ nhiễm khuẩn cao, gãy nẹp vít, ổ liền xương trông tuy đẹp nhưng không chắc chắn bằng ĐNT.



Hình 7. Nẹp vít khoá dùng trong gãy xương đùi

7. CÁC BIẾN CHỨNG VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

7.1. Biến chứng ngay

Sốc chấn thương (do mất máu, do đau):

- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn (máu, dịch thay thế máu).
- Dùng thuốc giảm đau toàn thân: morphin, Feldene... Lưu ý các bệnh nhân là trẻ em, người già.
- Bất động tốt cho bệnh nhân.

Gãy xương hở:

- Với gãy hở độ 1- độ 2, đến sớm trước 6 giờ, điều kiện cho phép (thể trạng bệnh nhân, trang thiết bị, gây mê hồi sức, phẫu thuật viên chuyên khoa): kết hợp xương ngay. Đây là một phương pháp tốt nhưng hết sức thận trọng, đánh giá thật đúng thương tổn và sau mổ phải theo dõi sát bệnh nhân.

- Gãy hở độ 3 và gãy hở đến muôn: cắt lọc, rạch rộng, cố định ngoài, để hở da.
- Ngoài ra còn phương pháp: kéo liên tục, cắt lọc bó bột.

Tổn thương mạch máu, thần kinh:

- Kết hợp xương vững (cố định nẹp vít).
- Phục hồi lại mạch máu, thần kinh...

Tắc mạch do mỡ: Là một biến chứng nặng, hiếm gặp, thường chẩn đoán hồi cứu.

7.2. Biến chứng sớm

Nhiễm trùng: Đặc biệt sau gãy hở, sau phẫu thuật.

- Nếu nhiễm khuẩn nhẹ: Tách vết mổ, chăm sóc tốt vết thương, kháng sinh toàn thân liều cao dựa vào kháng sinh đồ.

- Nếu nhiễm khuẩn nặng: Phải mổ cấp cứu ngay. Rạch rộng dẫn lưu mủ, để hở hoàn toàn, chăm sóc tốt tại chỗ và toàn thân. Một số trường hợp xét mổ cắt cụt chi để cứu sống bệnh nhân.

7.3. Di chứng

- Can lệch: gây ngắn chi, lệch trục chi. Phải can thiệp phẫu thuật khi ngắn chi > 2 cm hoặc lệch trục chi > 10 độ.

- Chậm liền, khớp giả: Bệnh nhân không đi lại được. Phải mổ kết hợp xương và ghép xương.

- Teo cơ, cứng khớp: Dẫn đến tàn phế.

+ Dự phòng: Với bệnh nhân có mổ, phải kết hợp xương vững để tập được gôi ngay, với bệnh nhân bó bột, không nên kéo dài thời gian quá 2 tháng cho một khớp gôi.

+ Điều trị: Tạo hình khớp.

- Viêm xương: Điều trị rất phức tạp, tốn kém.

+ Nạo viêm, lấy xương chết, dẫn lưu mủ.

+ Cố định ngoài.

+ Chuyển vạt cơ, vạt da-cân che xương (nếu cần).

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày chẩn đoán gãy thân xương đùi?

Câu 2. Trình bày các biến chứng và cách sơ cứu gãy thân xương đùi?

Câu 3. Trình bày các chỉ định điều trị gãy thân xương đùi?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phùng Ngọc Hòa (2006). *Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 1*. Nhà xuất bản Y học, 2006, tr. 116-121.
2. Trần Đình Chiến (2006). *Bệnh học chấn thương chỉnh hình*. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội
3. Nguyễn Quang Quyền (2007), *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học.
4. Kenneth J, Koval MD et al (2014). *Handbook of Fractures*, 5E, Lippincott Williams & Wilkins
5. Peter V. Giannoudis et al (2007). *Practical Procedures in Orthopaedic Trauma Surgery*, Cambridge University Press.
6. S. Terry Canale et al (2013). *Campbell's Operative Orthopaedics, 4-Volume Set, 12e*, Mosby.
7. Ronald McRae (2008). *Clinical Orthopaedic Examination 6E*, Churchill Livingstone.

GÃY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

Phùng Ngọc Hòa, Trần Trung Dũng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được chẩn đoán gãy hai xương cẳng chân.
2. Trình bày được các biến chứng của gãy hai xương cẳng chân.
3. Trình bày được cách sơ cứu, các chỉ định điều trị gãy hai xương cẳng chân.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

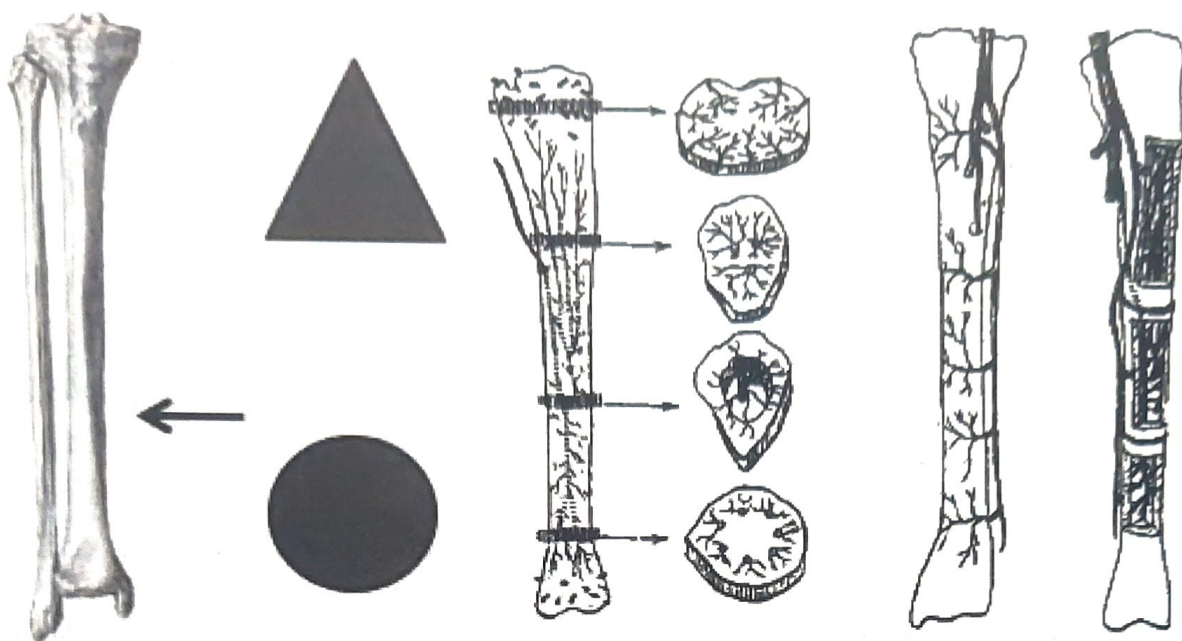
Gãy hai xương cẳng chân bao gồm tất cả các loại gãy đi từ mâm chày tới mắt cá. Trong khuôn khổ bài này, chỉ đề cập đến gãy thân hai xương cẳng chân.

1.1. Định nghĩa

Gãy thân hai xương cẳng chân là loại gãy dưới nếp gấp gối 5 cm và trên nếp gấp cổ chân 5 cm.

1.2. Đặc điểm giải phẫu hai xương cẳng chân

- Xương chày là xương chịu lực chính (chịu 9/10 trọng lượng cơ thể). Cấu trúc 2/3 trên là hình lăng trụ tam giác với mào chày ở phía trước, khi xuống 1/3 dưới là hình trụ tròn nên đây là điểm yếu rất dễ bị gãy.
- Mạch nuôi xương chày: Càng xuống thấp càng nghèo nàn (1/3 dưới) khi gãy vùng này, xương khó liền.
- Các khối cơ bố trí quanh xương không đồng đều, phía sau và phía trước ngoài có khối cơ chắc khỏe, phía trước trong không có cơ mà ngay dưới da là xương vì vậy hay gặp gãy hở, vật da dễ hoại tử muộn gây lộ xương.
- Xương mác là xương phụ, nằm trong khối cơ dày xung quanh, nhiều mạch nuôi, nên khi gãy hai xương cẳng chân, xương mác thường liền trước và đôi khi cản trở sự liền xương của xương chày.
- Xương chày, xương mác, màng gian cốt và các vách gian cơ chia cẳng chân thành bốn khoang. Cấu tạo các khoang hẹp, thành khoang chắc. Khi có phù nề, chảy máu trong khoang, dễ gây hội chứng chèn ép khoang.



Hình 1. Đặc điểm giải phẫu xương cẳng chân

1.3. Cơ chế gãy xương

- Cơ chế trực tiếp: Thường gãy hai xương cùng mức, đường gãy thường ngang, có mảnh rời, dễ gãy gãy hở.
- Cơ chế gián tiếp: Gãy hai xương không cùng mức, xương chày gãy thấp, xương mác gãy cao, đường gãy xương chéo vát, xoắn vặn.

2. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU

2.1. Tổn thương xương

- Gãy đơn giản: Đôi ngang, gãy chéo vát.
- Gãy phức tạp: Nhiều mảnh rời, nhiều đoạn.
- Hay gãy ở vị trí 1/3 dưới.
- Gãy một xương chày, một xương mác hoặc cả hai xương.

2.2. Tổn thương phần mềm

- Mức độ tổn thương phần mềm nặng hay nhẹ tùy từng trường hợp, phụ thuộc vào cơ chế chấn thương. Các trường hợp gãy xương do cơ chế chấn thương trực tiếp thì phần mềm xung quanh ổ gãy thường tổn thương nhiều hơn do cơ chế chấn thương gián tiếp.

- Lớp da ngay tại vị trí gãy có thể bị đụng giập, dễ hoại tử thứ phát, đặc biệt là mặt trước trong cẳng chân.

- Các cơ xung quanh ổ gãy bị bầm giập, phù nề, thậm chí có cơ bị đứt rách.

2.3. Mạch thần kinh

- Tồn thương đứt mạch máu, thần kinh (đứt mạch máu thần kinh trong gãy kín hoặc trong gãy hở độ IIIc).
- Hội chứng chèn ép khoang, gây chèn ép mạch máu thần kinh trong các khoang cẳng chân.

3. BIẾN CHỨNG

Gãy kín thân hai xương cẳng chân ngay từ đầu hay trong quá trình điều trị có thể gặp một số biến chứng.

3.1. Biến chứng sớm

- Sốc chấn thương: Do đau và mất máu, ít gặp hơn so với gãy xương đùi.
- Gãy kín thành gãy hở do cố định xương gãy không tốt, đầu xương gãy sắc nhọn có thể chọc thủng da.
- Tồn thương mạch máu, thần kinh.
- Rối loạn dinh dưỡng: Các nốt phỏng huyết thanh.
- Biến chứng chèn ép khoang.

3.2. Biến chứng muộn và di chứng

- Nhiễm khuẩn hay gặp sau gãy hở.
- Chậm liền: Sau 3 tháng mà xương chưa liền.
- Khớp giả: Ngoài 6 tháng mà xương không liền.
- Can lệch: Gây nên ngắn chi, lệch trục chi, làm bệnh nhân không đi lại được.
- Viêm xương: Nhất là sau gãy xương hở, điều trị rất phức tạp và tốn kém.

4. LÂM SÀNG VÀ X QUANG

Để chẩn đoán xác định, dựa vào lâm sàng và X quang, thường là dễ.

4.1. Triệu chứng lâm sàng

Cơ năng:

- Vận động cẳng chân bên gãy bị giảm hoặc mất hoàn toàn.
- Đau nhiều tại vị trí gãy xương.

Thực thể:

- Dấu hiệu biến dạng chi điển hình:
 - + Cẳng chân sưng nề, càng đến muôn càng sưng nề nhiều, có thể kèm theo các nốt phỏng huyết thanh.

+ Chi gãy ngắn hơn bên lành, có thể nhìn thấy ổ gãy gồ ngay dưới da, cẳng chân cong vẹo và bàn chân xoay ngoài.

- Sờ dọc theo mào chày thấy đau chói và mất liên tục của xương tại ổ gãy.

- Dấu hiệu "lao xạo xương" và "cử động bất thường" tại ổ gãy. Đây là các dấu hiệu rất quan trọng để chẩn đoán gãy xương, tuy nhiên không nên tìm vì dễ gây sốc.

- Đo thấy chiều dài tuyệt đối và tương đối của hai xương cẳng chân bên gãy ngắn hơn so với bên lành.

- Nếu gãy hở: Thấy có vết thương lộ ổ gãy xương hoặc chảy máu không đông có vầng mỡ.

Toàn thân: Có thể thấy biểu hiện sốc chấn thương: da xanh niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt (sốc do đau + mất máu).

4.2. Triệu chứng X quang

Sau khi cố định tạm thời và chống sốc (nếu có) chuyên nạn nhân đi chụp X quang cẳng chân hai tư thế chính: thẳng và nghiêng, phải lấy được hết chiều dài của hai xương cẳng chân (phía trên lấy đến khớp gối, phía dưới lấy đến khớp cổ chân) để tránh bỏ sót tổn thương. Trên phim X quang đánh giá được chính xác vị trí, hình thái và tính chất di lệch của ổ gãy.

4.3. Hội chứng chèn ép khoang

Hội chứng chèn ép khoang (HCCEK) có tới 45% là do chấn thương gãy xương, trong 45% đó thì 80% là gãy xương cẳng chân, bàn chân. Hội chứng chèn ép khoang xuất hiện khi có tổn thương các mạch máu trong xương, trong phần mềm, gây máu tụ trong các khoang chật hẹp. Các hiện tượng rối loạn vận mạch, tăng xuất tiết gây phù nề tổ chức, càng phù nề càng tăng chèn ép khoang, đó là một vòng xoắn bệnh lý.

Hội chứng chèn ép khoang gây ra:

- Tăng áp lực trong khoang cơ xương, gây chèn ép mạch máu, thần kinh, cơ.
- Hoại tử tổ chức do thiếu máu nuôi dưỡng.
- Qua 8 giờ mà không xử lý hội chứng chèn ép khoang coi như đã có những tổn thương không hồi phục.

Fred Matsen đưa ra các biểu hiện lâm sàng của hội chứng chèn ép khoang:

- Đau quá mức thông thường của gãy xương (Pain).
- Tê bì ở đầu ngón chân (Paresthesia).
- Liệt vận động cổ chân, ngón chân (Paralysis).
- Đau tăng khi vận động thụ động cơ bắp.
- Cứng cứng phần mềm cẳng chân → hội chứng bắp chân căng.
- Mạch mu chân yếu hơn so với bên lành hoặc không bắt được (pulselessness).

- Da chi thể tái nhợt (pallor).

F. Matsen đã đưa ra bảng chẩn đoán phân biệt với các tổn thương mạch máu hoặc tổn thương thần kinh.

Bảng 1. Chẩn đoán phân biệt gãy hai xương cẳng chân với các tổn thương mạch máu hoặc tổn thương thần kinh

	HCCEK	Tổn thương mạch	Tổn thương thần kinh
Đau khi căng thụ động cơ bắp	+	+	-
Tê bì	+	+	+
Liệt vận động	+	+	+
Mạch đập	±	-	+
Áp lực khoang cao	+	-	-

(Theo America Syposium on trauma to the leg sequela, 1981)

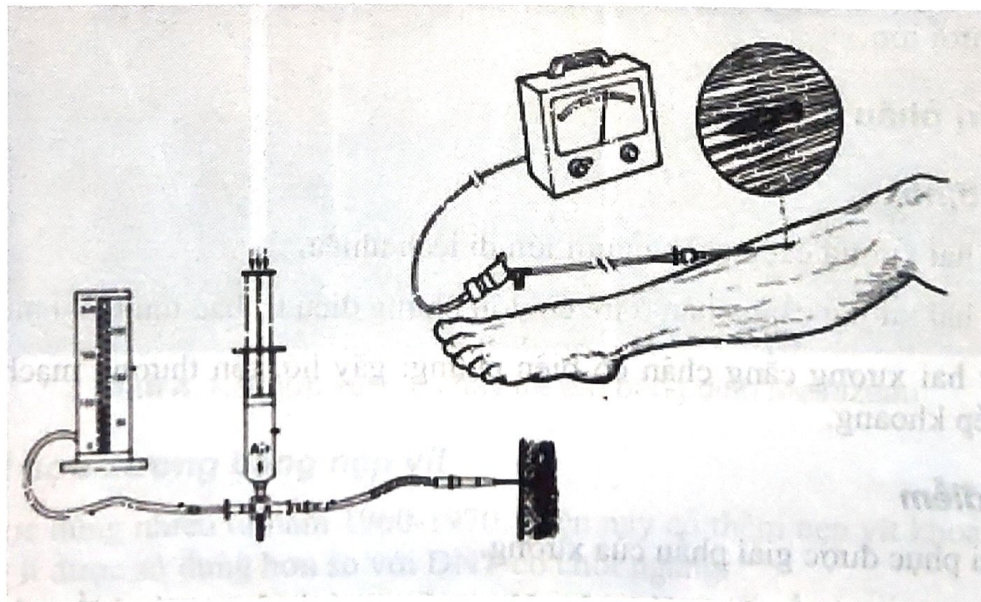
- Cận lâm sàng chẩn đoán hội chứng chèn ép khoang (HCCEK).

- Chẩn đoán hội chứng chèn ép khoang khó khi bệnh nhân có đa chấn thương, tụt huyết áp. Lúc này có thể cho đo áp lực khoang bằng cách chọc kim có ống thông để đo: bình thường áp lực trong cơ bắp là $8,5 \pm 6$ mmHg và khi > 30 mmHg thì cần mổ giải phóng chèn ép khoang ngay.

- Đo dao động mạch bằng Doppler: Thấy mất hoặc giảm lưu lượng dòng chảy ở phía dưới vị trí chèn ép khoang.

- Chụp mạch, chụp CT. Scanner.

- Xét nghiệm máu: men CK, chức năng đông máu,...



Hình 2. Đo áp lực khoang ở cẳng chân

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Sơ cứu, cấp cứu

- Giảm đau toàn thân bằng thuốc: Morphin, Feldène...
- Bất động tạm thời bằng các loại nẹp sẵn có trong tay.
- Bù dịch hoặc máu.
- Phát hiện đa chấn thương, chấn thương sọ não, chấn thương ngực, bụng.

5.2. Điều trị bảo tồn

5.2.1. Bó bột ngay

- Đối với gãy thân hai xương cẳng chân không hoặc ít di lệch, gãy cành tươi ở trẻ em.
- Bó bột rạch dọc từ 1/3 trên đùi tới bàn chân, sau 5 - 7 ngày, khi cẳng chân hết sưng nề thì bó bột tròn kín. Để bột từ 8 - 10 tuần.

5.2.2. Nắn chỉnh, kéo liên tục + bó bột

- Đối với gãy thân hai xương cẳng chân có đường gãy ngang hoặc chéo vát ngắn (gãy vững): Nắn kéo bằng tay hoặc nắn trên khung Bohler; bó bột đùi - cẳng - bàn chân để gối gấp nhẹ 20^0 ; chăm sóc chi bó bột và hướng dẫn tập luyện.
- Kéo liên tục rồi bó bột cho những ca gãy cẳng chân đến muôn, sưng nề nhiều; gãy chéo vát, xoắn, gãy nhiều mảnh và những ca gãy không vững; những ca bệnh nhân có chống chỉ định mổ.
- Hiện nay phương pháp nắn chỉnh bó bột ít được chỉ định ở gãy xương cẳng chân di lệch ở người lớn.

5.3. Điều trị phẫu thuật

5.3.1. Chỉ định

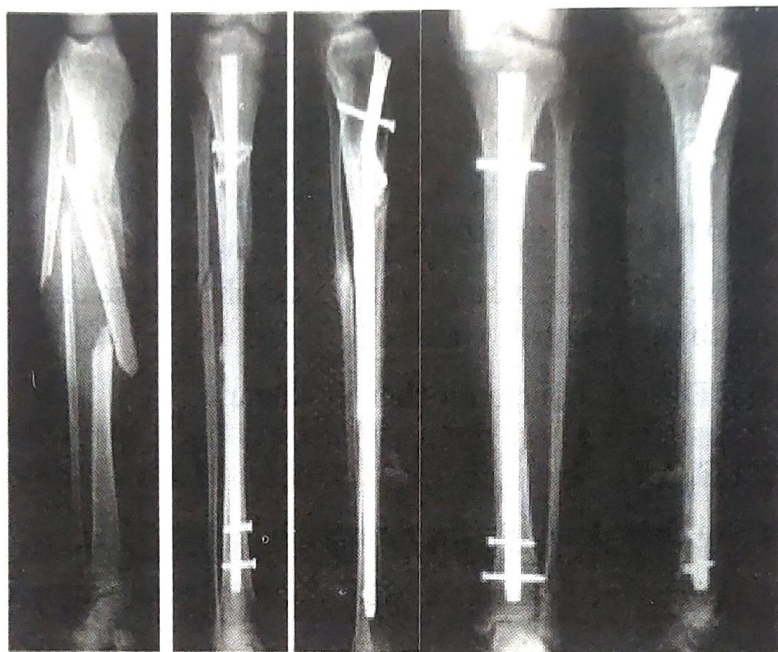
- Gãy hai xương cẳng chân người lớn di lệch nhiều.
- Gãy hai xương cẳng chân ở trẻ em lớn nhưng điều trị bảo tồn thất bại.
- Gãy hai xương cẳng chân có biến chứng: gãy hở, tổn thương mạch máu, thần kinh, chèn ép khoang.

5.3.2. Ưu điểm

- Khôi phục được giải phẫu của xương.
- Cố định được ổ gãy, giúp vận động sớm, tránh được các biến chứng do bất động lâu.

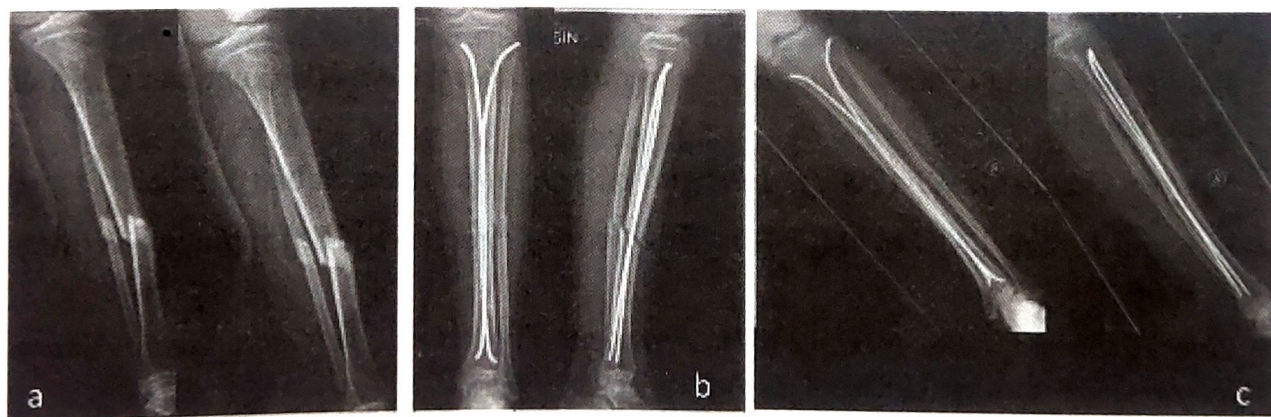
5.3.3. Kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ

- Đa số gãy thân hai xương cẳng chân người lớn hiện nay được phẫu thuật kết hợp xương chày bằng ĐNT có chốt, không mở ổ gãy: nắn chỉnh kín, đóng đinh nội tuỷ có chốt ngang dưới màn huỳnh quang tăng sáng (máy C.arm). Hiện nay đây là phương pháp tối ưu nhất cho mọi đoạn gãy và mọi kiểu gãy thân xương chày.



Hình 3. Kết hợp xương chày bằng đinh nội tuỷ có chốt

- Với gãy thân hai xương cẳng chân ở trẻ em có chỉ định phẫu thuật, hiện nay hay sử dụng đinh Metaizeau để kết hợp xương.



Hình 4. Kết hợp xương chày trẻ em bằng đinh Metaizeau

5.3.4. Kết hợp xương bằng nẹp vít

- Được dùng nhiều từ năm 1960-1970. Hiện nay có thêm nẹp vít khoá tốt hơn, tuy nhiên cũng ít được sử dụng hơn so với ĐNT có chốt ngang.

- Ưu điểm: Cố định xương vững, tập phục hồi cơ năng sớm.

- Nhược điểm: Sẹo mổ lớn, nguy cơ nhiễm trùng, chậm liền xương khá cao, gãy nẹp vít, ổ liền xương trông tuy đẹp nhưng không chắc chắn bằng ĐNT.

- Đối với các ổ gãy sát với đầu trên và đầu dưới xương chày, không thể đóng được đinh nội tuỷ thì nẹp vít khoá luân dưới da là phương pháp tương đối dễ thực hiện và có nhiều ưu điểm hơn với mổ mở đặt nẹp vít.

5.4. Điều trị gãy hở (xem thêm bài Gãy xương hở)

- Cố định xương chắc chắn.
- Xử trí tốt da và phần mềm.
- Phòng ngừa nhiễm khuẩn.
- Phòng ngừa uốn ván.

5.5. Điều trị hội chứng chèn ép khoang

- Với nguyên tắc: Bất động xương vững, giải phóng khoang chèn ép, giải quyết các thương tổn về mạch máu và thần kinh.

- Xem thêm Bài Điều trị hội chứng chèn ép khoang.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày chẩn đoán gãy hai xương cẳng chân?

Câu 2. Trình bày các biến chứng và cách sơ cứu gãy hai xương cẳng chân?

Câu 3. Trình bày các chỉ định điều trị gãy hai xương cẳng chân?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phùng Ngọc Hòa (2006). *Bài giảng bệnh học ngoại khoa, tập 1*. Nhà xuất bản Y học, 2006, tr. 116-121.
2. Trần Đình Chiến (2006). *Bệnh học chấn thương chỉnh hình*. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội
3. Nguyễn Quang Quyền (2007), *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học.
4. Kenneth J, Koval MD et al (2014). *Handbook of Fractures*, 5E, Lippincott Williams & Wilkins
5. Peter V. Giannoudis et al (2007). *Practical Procedures in Orthopaedic Trauma Surgery*, Cambridge University Press.
6. S. Terry Canale et al (2013). *Campbell's Operative Orthopaedics, 4-Volume Set, 12e*, Mosby.
7. Ronald McRae (2008). *Clinical Orthopaedic Examination 6E*, Churchill Livingstone.

TRẬT KHỚP KHUYỮ

Phùng Ngọc Hòa

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế trật khớp khuỷu.
2. Nắm được triệu chứng lâm sàng, X quang của trật khớp khuỷu.
3. Nắm được các biến chứng của trật khớp khuỷu.
4. Trình bày được kỹ thuật nắn trật khớp khuỷu ra sau, đến sớm và chỉ định các phương pháp điều trị khác.

1. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp khuỷu hay gặp thứ 3 sau trật khớp vai và trật khớp ngón tay, chiếm 20-25% tổng số trật khớp. Đây là loại trật khớp phổ biến nhất ở trẻ em trên 5 tuổi.

1.1. Một số đặc điểm giải phẫu và sinh lý của khớp khuỷu

- Diện khớp khuỷu có 3 phần (xem hình 1).

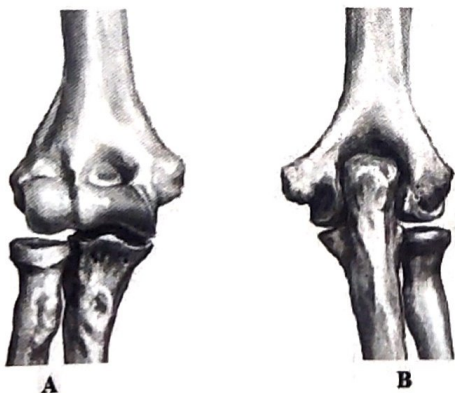
Phần ngoài: Lồi cầu tiếp nối với chỏm quay tạo thành *khớp cánh tay-quay*.

Phần trong: Ròng rọc tiếp nối với hõm xích-ma lớn tạo thành *khớp cánh tay-trụ*.

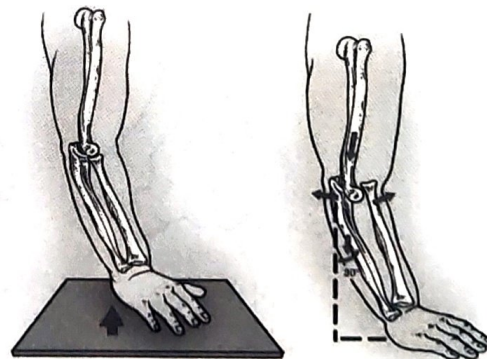
Xương quay và xương trụ tiếp với nhau tạo thành *khớp quay- trụ trên*.

- *Trật khớp khuỷu* là cả 2 xương cẳng tay (mỏm khuỷu và chỏm quay) trật ra khỏi đầu dưới xương cánh tay (ròng rọc và lồi cầu).

- *Gấp, duỗi* là hai động tác quan trọng và duy nhất của khớp khuỷu, còn sấp và ngửa là các động tác của cẳng tay.



Hình 1. Giải phẫu khớp khuỷu (A: Nhìn phía trước và B: Nhìn phía sau)



Hình 2. Cơ chế ngã gây trật khớp khuỷu

1.2. Nguyên nhân và cơ chế

Cơ chế chấn thương gián tiếp.

Ngã chống tay, khuỷu duỗi tối đa, căng tay ngửa (xem hình 2).

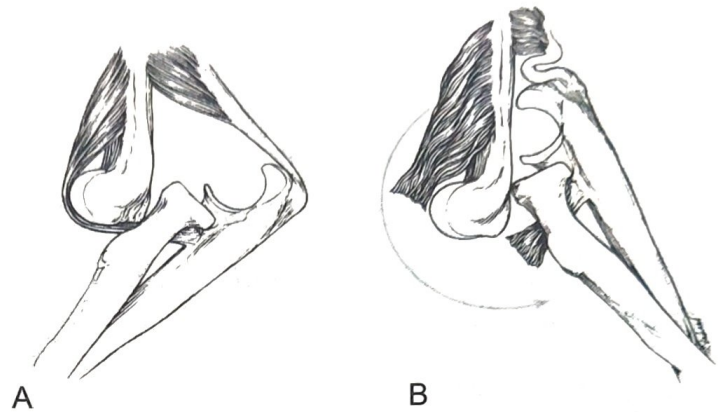
2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Phần mềm

Các dây chằng ở trước trong bị đứt. Rất hiếm khi gặp đứt dây chằng vòng quanh chỏm quay. Bao khớp bị rách (xem hình 3).

2.2. Xương

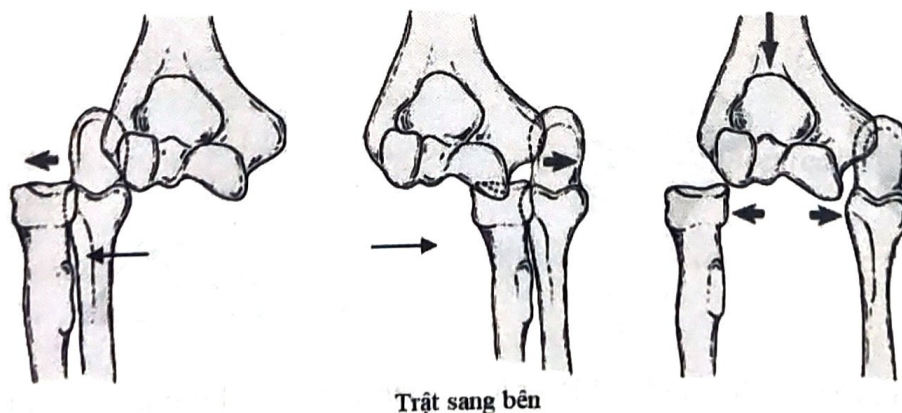
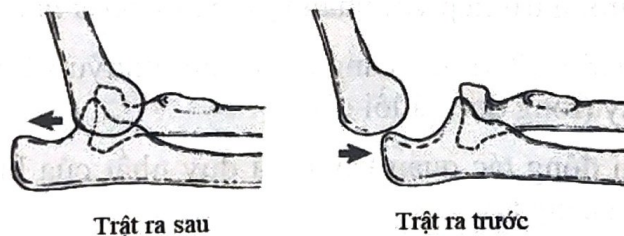
Có thể gặp tổn thương xương: vỡ một phần của đầu dưới xương cánh tay (vỡ lồi cầu ngoài, lồi cầu trong), móm khuỷu.



Hình 3. Tổn thương giải phẫu bệnh của trật khớp khuỷu

3. PHÂN LOẠI (hình 4)

- Trật khớp khuỷu ra sau: Hay gặp nhất (90%).
- Trật khớp khuỷu ra trước: Do vỡ móm khuỷu.
- Trật khớp khuỷu sang bên: Do vỡ các lồi cầu.



Hình 4. Các loại trật khớp khuỷu

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Lâm sàng

Chẩn đoán sớm thường dễ, nhờ sờ thấy các mốc xương, muôn thì sưng nề.

Thường thấy khi trật khuỷu là: Cẳng tay ở tư thế gấp chừng 45 độ, cẳng tay như ngắn lại, cánh tay trông như dài ra (xem hình 5).



Hình 5. Hình ảnh lâm sàng trật khớp khuỷu

Sờ trước nếp khuỷu thấy bờ xương tròn của đầu dưới xương cánh tay, sờ phía sau thấy mỏm khuỷu nhô ra sau, gân cơ tam đầu căng cứng, gấp khuỷu nhẹ, thả ra có dấu hiệu lò xo.

Mỏm khuỷu và hai mỏm trên lồi cầu và trên ròng rọc không còn quan hệ tam giác mà ngang nhau. Sờ được chỏm xương quay phía sau ngoài khớp.

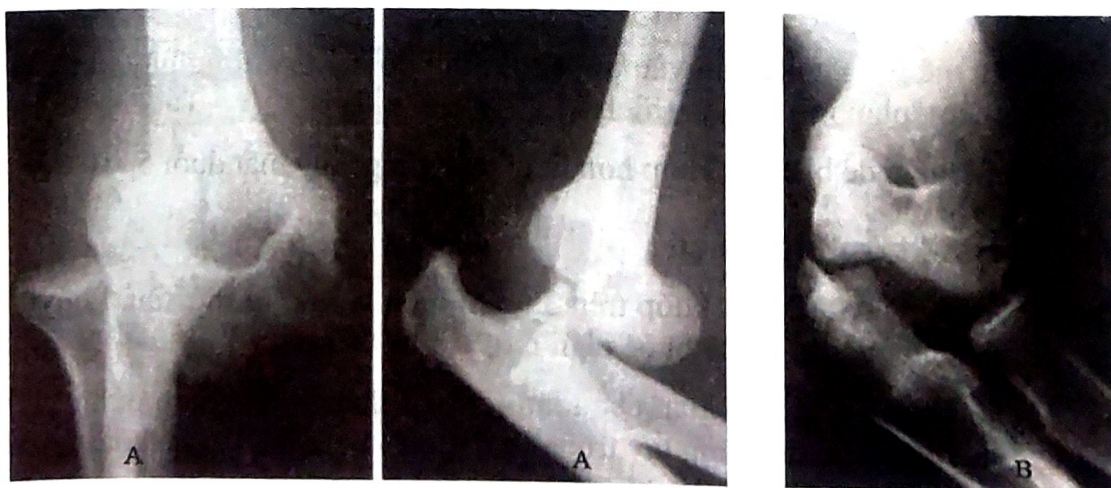
Cần khám mạch máu và thần kinh: Bắt mạch quay, mạch trụ ở cổ tay, khám vận động và cảm giác ở đầu chi.

Về mạch máu: Động mạch cánh tay thường bị căng dẫn, đôi khi bị chèn ép có khi bị tắc mạch muôn do bị dập nội mạc. Nếu sau nắn trật, mạch không bình thường cần mổ kiểm tra, cắt nối chỗ dập, ghép tĩnh mạch hiển.

Về thần kinh: Có thể bị một trong 3 sợi là thần kinh giữa, thần kinh trụ và thần kinh liên cốt trước. Đa số chỉ là đụng dập nhẹ, hồi phục nhanh. Nếu bị liệt quá 3 tháng: Mổ thăm dò thần kinh. Khi bị liệt sau nắn cần mổ thăm dò ngay.

4.2. X quang

Chụp khuỷu ở 2 tư thế thẳng và nghiêng, để xác định kiểu trật và đặc biệt để xem có gãy xương kèm theo hay không (hình 6).



Hình 6. X quang trật khớp khuỷu ra sau (A) và sang bên (B)

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị trật khớp khuỷu mới

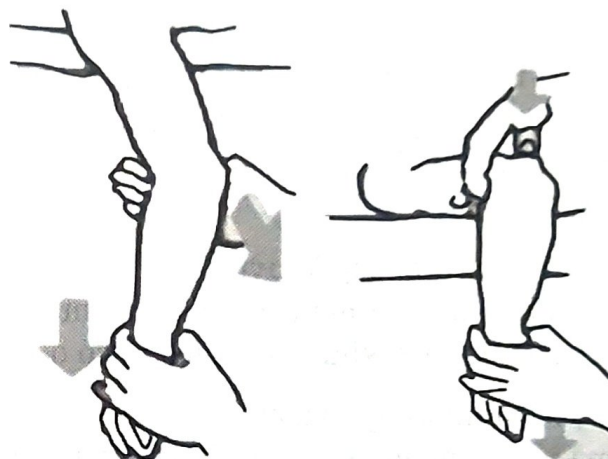
5.1.1. Vô cảm

Chú ý vấn đề gây mê toàn thân, vì trật khớp khuỷu gặp nhiều ở trẻ em.

5.1.2. Nắn

Bệnh nhân nằm nghiêng hơi sấp, để khuỷu vuông góc, thông bàn tay xuôi xuống, nắn theo chiều trọng lực.

Hai ngón cái đẩy mỏm khuỷu ra trước, kiểm tra sau nắn xem gấp - duỗi có bình thường không và khi duỗi hết khớp có vững không (hình 7).



Hình 7. Nắn trật khớp khuỷu

Sau nắn, bắt động nẹp bột 10 ngày rồi cử động sớm, khoảng ngày thứ 7 có trường hợp bị trật lại trong bột do khớp không vững, cơ co kéo.

5.1.3. Bất động

- Nẹp bột 10 ngày rồi cử động sớm.
- Sau 5 - 7 ngày, khám lại kiểm tra, vì có trường hợp bị trật lại trong bột do khớp không vững, cơ co kéo.
- Nắn vào kém vững do rách phần mềm nhiều, cho bất động 3 - 4 tuần, sau đó tập. Chú ý tập duỗi cho hết.

5.1.4. Kết quả

- Nếu gây mê mà không nắn vào được, thường do mảnh xương gãy kẹt vào khớp, do chèn phần mềm, phải mổ để nắn (hình 8).
- Sau nắn khuỷu dễ bị cứng khớp hơn là bị mất vững, hay mất duỗi 5 - 10 độ.

5.2. Điều trị trật khớp khuỷu cũ

Trật khớp khuỷu cũ (là trật khớp trên 3 tuần) luôn luôn ở tư thế xấu, khuỷu duỗi 0 độ, cẳng tay mất chức năng, vì thế buộc phải mổ.

Mổ đặt lại xương nếu thời gian chưa lâu (dưới 3 tháng) hoặc làm cứng khớp ở tư thế cơ năng: khuỷu gấp 90 độ, cẳng tay trung gian (trật khớp quá lâu nếu đặt lại khớp sẽ biến dạng ở tư thế không mong muốn).

5.3. Trật khớp kèm gãy xương (chiếm khoảng 12%)

5.3.1. Trật khuỷu kèm gãy mỏm trên lồi cầu trong

Trường hợp này mảnh gãy rất hay bị kẹt vào khớp.

Thường gặp sau khi nắn khớp xong thì cử động thấy không mềm mại, kiểm tra X quang thì phát hiện mảnh xương kẹt vào khớp, khi đó phải chỉ định mổ lấy bỏ mảnh xương kẹt (hình 8).



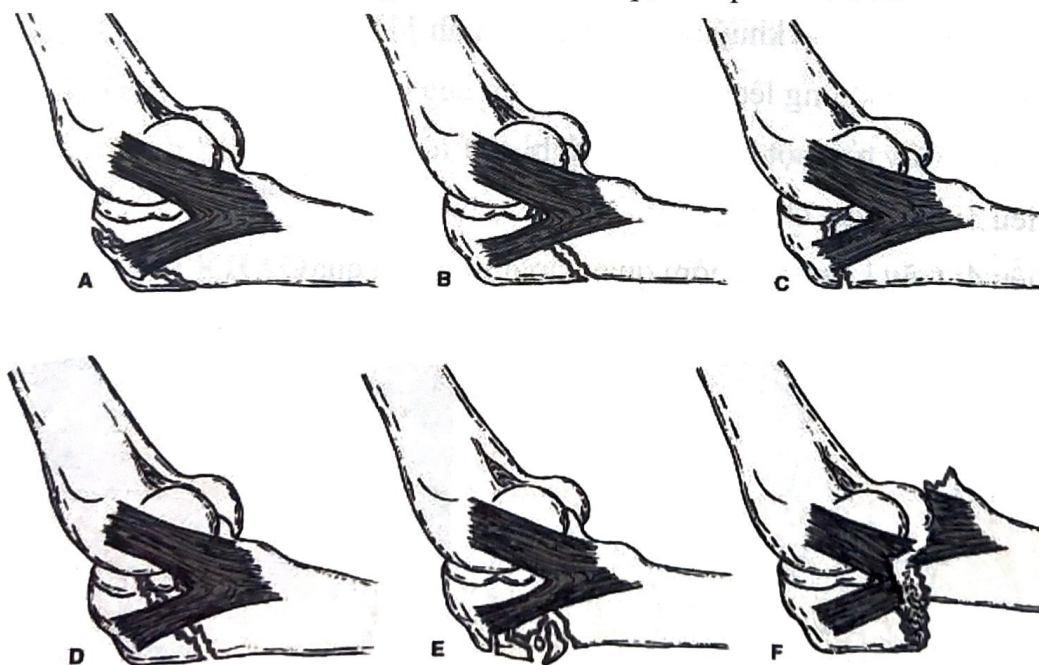
Hình 8. Gãy mỏm trên lồi cầu trong, kẹt khớp.

5.3.2. Trật khuỷu kèm gãy mỏm khuỷu

Hiện nay có nhiều kiểu phân chia gãy mỏm khuỷu. Phân loại theo Colton đơn giản, ứng dụng nhiều trên lâm sàng (hình 9).

Gãy không lệch, bó bột để khuỷu duỗi.

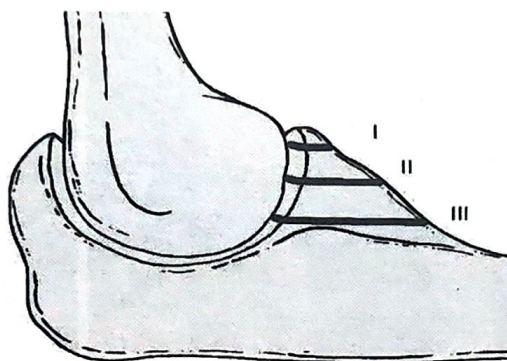
Gãy có di lệch: Kết hợp xương mỏm khuỷu theo phương pháp néo ép mỏm khuỷu với 2 đinh Kirschner và buộc vòng số 8 với chỉ thép, kết quả tốt 97%.



Hình 9. Phân loại gãy mỏm khuỷu theo Colton (A: Gãy ngoài khớp, B: Gãy chéo, C: Gãy ngang, D: Gãy chéo có mảnh rời, E: Gãy phức tạp, F: Gãy kèm trật khớp).

5.3.3. Trật khuỷu kèm gãy mỏm vẹt

- Chiếm 10% trật khuỷu.
- Regan chia gãy mỏm vẹt thành 3 kiểu (hình 10).
- + Kiểu 1: Bong xương ở đỉnh mỏm vẹt.
- + Kiểu 2: Gãy xương rời ra $\leq 50\%$.
- + Kiểu 3: Gãy xương rời ra $>50\%$ kèm trật khớp khuỷu.



Hình 10. Các loại gãy mỏm vẹt

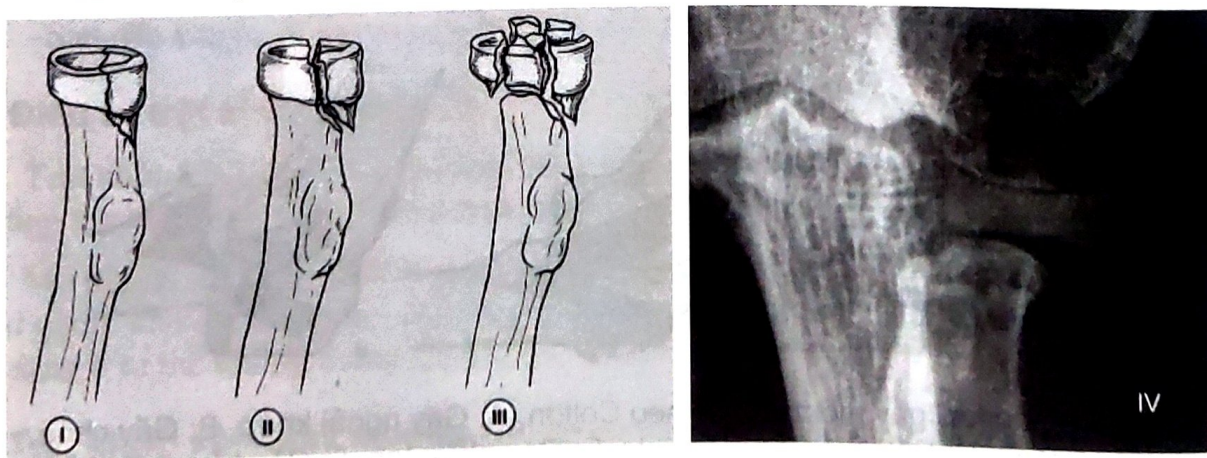
Xử trí:

Gãy độ 1: Bất động 3 - 4 tuần sau đó tập phục hồi chức năng.

Gãy độ 2 và 3: Mở cố định mảnh gãy với vít nhỏ.

5.3.4. Trật khuỷu kèm gãy chỏm xương quay

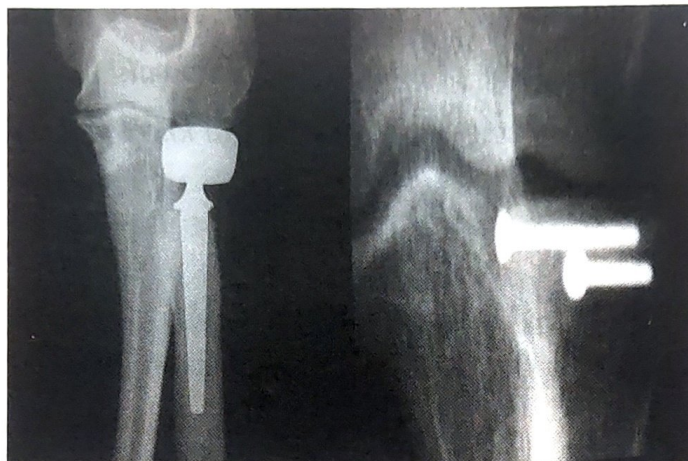
- Trên 30% trật khuỷu có kèm gãy chỏm xương quay.
- Phân loại trật khớp khuỷu theo Mason (hình 11).
- + Kiểu 1: Gãy không lệch.
- + Kiểu 2: Gãy rời một mảnh to di lệch.
- + Kiểu 3: Gãy vụn chỏm.
- + Kiểu 4: Gãy kèm trật chỏm quay, hoại tử chỏm quay.



Hình 11. Các loại gãy chỏm quay

- *Chỉ định chung:*

- + Mảnh gãy di lệch dưới 2 mm, điều trị bảo tồn.
 - + Khi gãy vụn chỏm (kiểu III) thì cắt bỏ chỏm (người lớn) hoặc thay bằng chỏm kim loại.
 - + Số còn lại cổ găng bảo tồn bằng kết hợp xương với vít cỡ bé (hình 12).
- Nói chung, trật khớp khuỷu kèm gãy chỏm quay, kết quả cơ năng kém.



Hình 12. Thay chỏm quay hoặc bắt vít nhỏ

Theo Broberg: Bất động lâu bị cứng khuỷu. Khi thương tổn bộ ba là trật khớp kèm gãy mỏm vệt, kèm gãy chỏm quay thì thường bị trật tái phát, kết quả xấu.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày nguyên nhân, cơ chế trật khớp khuỷu?

Câu 2. Trình bày triệu chứng lâm sàng, X quang của trật khớp khuỷu?

Câu 3. Trình bày biến chứng của trật khớp khuỷu?

Câu 4. Trình bày kỹ thuật nắn trật khớp khuỷu ra sau, đến sớm và chỉ định các phương pháp điều trị khác?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hanh Đệ, Phùng Ngọc Hòa (2006). *Cấp cứu ngoại khoa*. Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Quang Quyền (2007), *Atlas giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học
3. Kenneth J, Koval MD et al (2014). *Handbook of Fractures*, 5E, Lippincott Williams & Wilkins
4. Peter V. Giannoudis et al (2007). *Practical Procedures in Orthopaedic Trauma Surgery*, Cambridge University Press.
5. S. Terry Canale et al (2013). *Campbell's Operative Orthopaedics, 4-Volume Set, 12e*, Mosby
6. Ronald McRae (2008). *Clinical Orthopaedic Examination 6E*, Churchill Livingstone.

TRẬT KHỚP VAI

Phùng Ngọc Hòa, Đào Xuân Thành

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được giải phẫu ứng dụng, nguyên nhân và cơ chế trật khớp vai.
2. Trình bày được chẩn đoán, phân loại trật khớp vai.
3. Trình bày được các phương pháp điều trị trật khớp vai.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Trật khớp vai là trật khớp ổ chảo - chỏm xương cánh tay, trong đó có sự mất tiếp xúc của diện khớp giữa hai thành phần này.

1.2. Dịch tễ

- Trật khớp vai là loại trật khớp phổ biến nhất trong trật các khớp lớn, thường gặp ở người lớn trẻ khỏe, chiếm khoảng 50 - 60% trong tổng số trật khớp.

- Nguyên nhân và cơ chế gây trật khớp thường thấy nhất do ngã chống bàn tay hoặc chống khuỷu trong tư thế tay dạng, đưa ra sau, và xoay ngoài.

1.3. Giải phẫu ứng dụng

Cấu trúc khớp vai:

- Cấu tạo xương ổ chảo - chỏm xương cánh tay:
 - + Mặt khớp ổ chảo có hướng nghiêng ra trước và lên trên, chính vì cấu tạo này tạo nên sự vững chắc theo hướng ra sau và xuống dưới.
 - + Diện tích bề mặt diện khớp chỏm xương cánh tay lớn gấp 3 lần ổ chảo, và trong bất cứ vị trí nào diện tiếp xúc của khớp này chỉ được 25- 30%, nhờ vậy khớp vai có biên độ rộng, tuy nhiên rất dễ trật.
- Cấu trúc ổn định tĩnh khớp vai bao gồm: Cấu trúc vòm cùng vai - quạ, sụn viền ổ chảo, dây chằng ổ chảo - cánh tay, bao khớp ổ chảo - cánh tay, các cấu trúc này phối hợp nhịp nhàng tạo độ vững chắc khi nghỉ ngơi và tại điểm kết thúc biên độ vận động.
- + Sụn viền ổ chảo là cấu trúc mô sụn sợi quanh vành ổ chảo, sụn viền hình tam giác này làm sâu thêm ổ chảo chiều trên - dưới và trước - sau, trung bình lần lượt là 9mm và 5mm, chính vì vậy nó chiếm 50% độ sâu ổ chảo.

+ Các dây chằng ổ chảo cánh tay gồm các dây chằng: Trên, giữa và dưới. Là những dây chằng bao khớp đi từ ổ chảo đến xương cánh tay. Các dây trên và giữa từ củ trên ổ chảo chạy xuống lần lượt bám vào đỉnh và nền của củ bé xương cánh tay. Dây chằng dưới từ viền trước ổ chảo chạy tới bám vào cổ phẫu thuật. Điểm yếu nhất của khớp vai là dây chằng giữa và dưới nên thường trật qua điểm này.

+ Bao khớp bám quanh ổ chảo và sụn viền. Về phía đầu trên xương cánh tay, bám vào cổ giải phẫu (ở phía trên) và cổ phẫu thuật (ở bên dưới). Bao khớp rất lỏng ở bên dưới để các cử động của khớp được dễ dàng.

+ Cấu trúc vòm cùng vai - quạ giúp ổn định trước trên khớp ổ chảo - cánh tay.

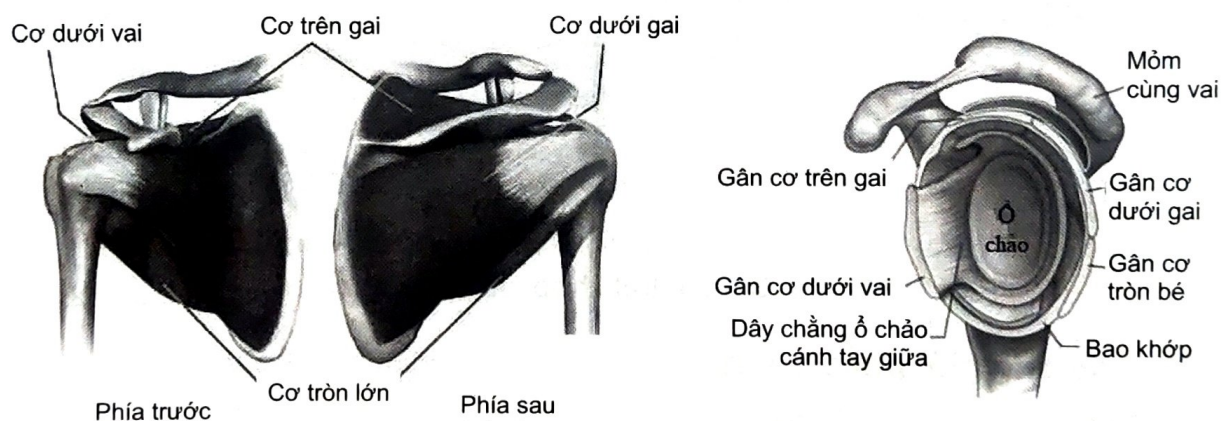
- Cấu trúc ổn định động:

+ Sự phối hợp nhịp nhàng của hệ thống cơ chóp xoay: Cơ dưới vai, cơ trên gai, cơ dưới gai và cơ tròn bé tạo nên hệ thống đai vai xung quanh khớp vai giúp giữ vững khớp vai trong khi chuyển động.

+ Đầu dài của gân cơ nhị đầu đi qua ổ khớp trong rãnh gian củ xương cánh tay để tới bám vào vành trên ổ chảo, nó có tác dụng quan trọng trong việc giữ khớp.

+ Cơ Delta: Ổn định phía dưới khớp vai.

+ Hệ thống cơ quanh xương vai.

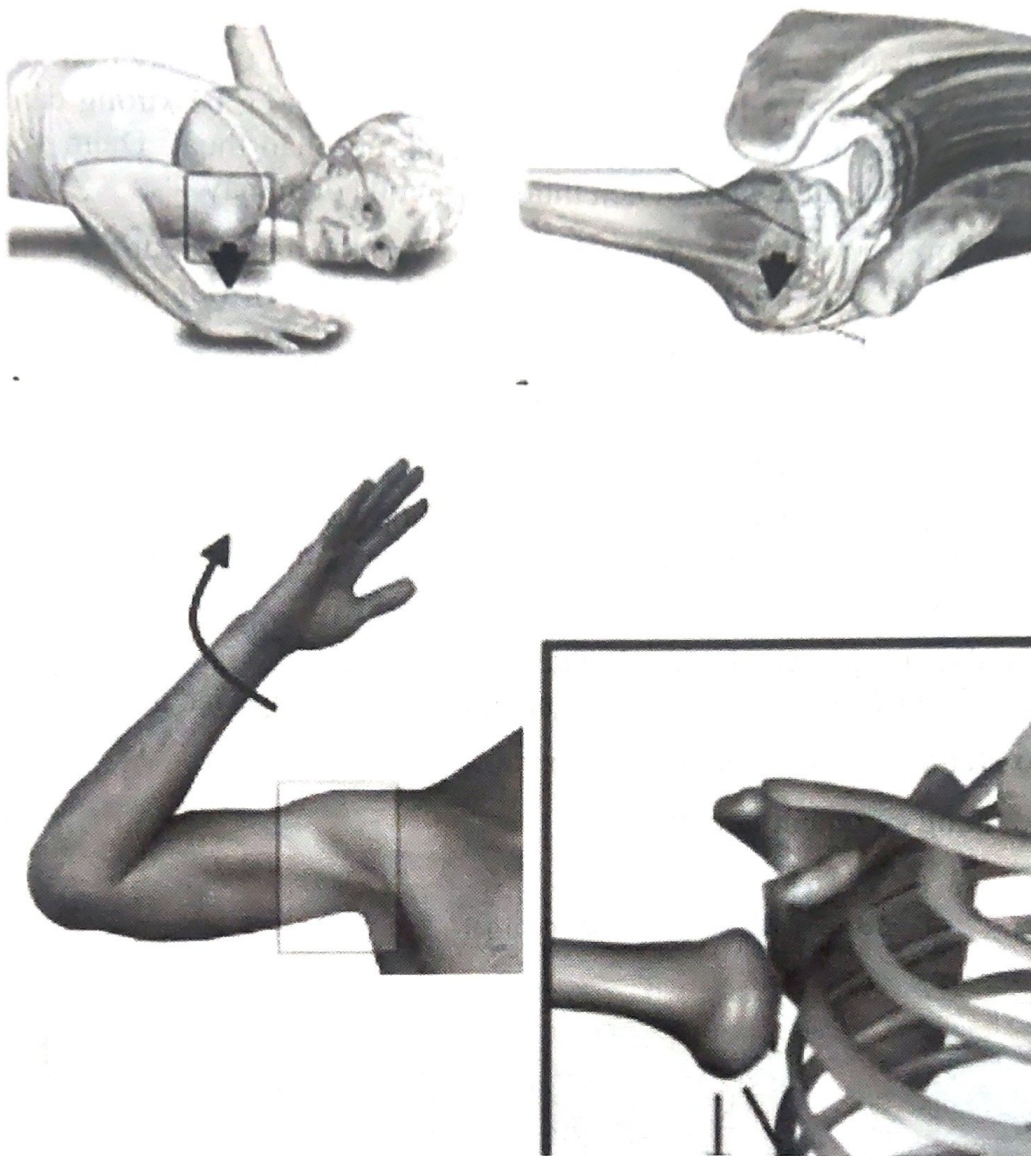


Hình 1. Các cấu trúc ổn định khớp vai

1.4. Nguyên nhân và cơ chế chấn thương

- Nguyên nhân dẫn tới trật khớp vai thường gặp trong chấn thương thể thao, tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn trong sinh hoạt hằng ngày... trong đó chấn thương thể thao chiếm tỷ lệ cao nhất (58%).

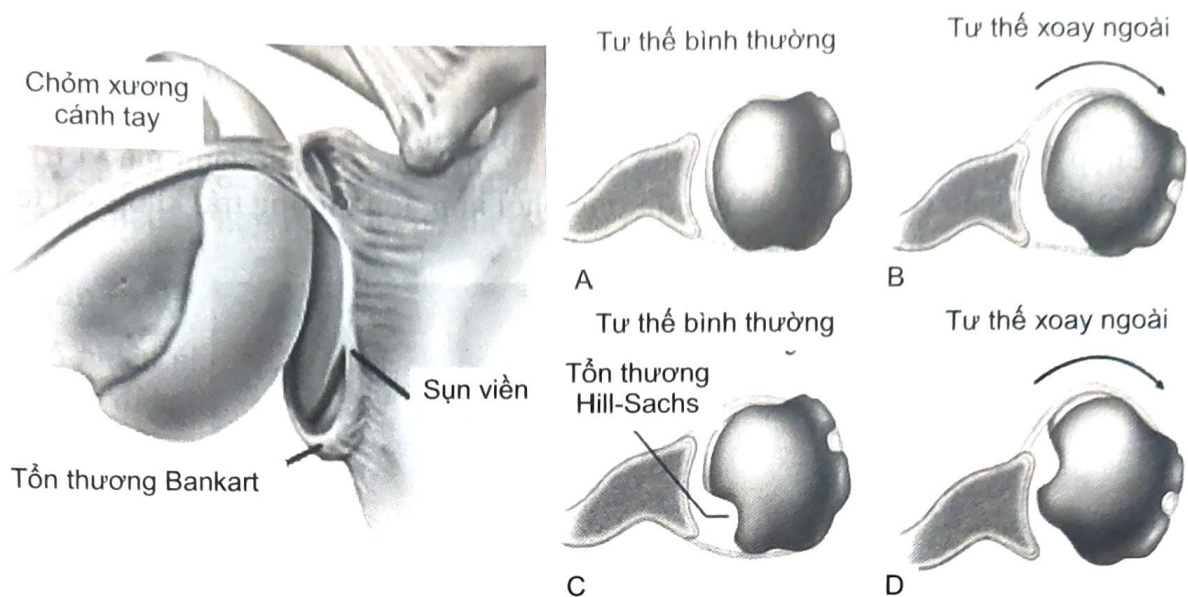
- Cơ chế chấn thương thường là gián tiếp, do ngã chống tay hoặc chống khuỷu, cánh tay dạng, đưa ra sau và xoay ngoài. Sau trật lần đầu: Khớp vai lỏng lẻo kém vững hơn, chỏm to hõm nông, các dây chằng bao khớp dần yếu. Từ đó dẫn đến tình trạng trật tái diễn.



Hình 2. Cơ chế trật khớp vai ra trước

1.5. Tổn thương giải phẫu bệnh

- Tổn thương sụn viền ổ chảo:
- + Tổn thương Bankart: Tổn thương bờ trước dưới sụn viền tại vị trí khoảng 3- 6 giờ.
- + Tổn thương sụn viền trước trên (SLAP).
- Tổn thương bờ trước ổ chảo: Do chồm xương cánh tay trật nhiều lần, gây mòn vẹt bờ trước ổ chảo.
- Tổn thương Hill Sachs: Tổn thương tại bờ sau chồm xương cánh tay do trật nhiều lần va vào bờ trước ổ chảo.
- Tổn thương bao khớp: Có thể tổn thương một phần hoặc hoàn toàn, hay gặp ở phần trước dưới của bao khớp do tư thế trật khớp vai ra trước.
- Các tổn thương khác: Tổn thương gân cơ chóp xoay, gân cơ nhị đầu, vỡ máu động lớn, vỡ máu động nhỏ.



Hình 3. Tổn thương sụn viền ổ chảo (A) và tổn thương Hill - Sachs (B)

CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân sau chấn thương thể thao hoặc vận động dạng và xoay ngoài quá mức đến khám với các dấu hiệu:

+ Chi lành đỡ chi đau, tùy theo thể trật có các tư thế:

Trật ra trước: Cánh tay dạng và xoay trong.

Trật ra sau: Cánh tay khép và xoay trong.

Trật xuống dưới: Cánh tay bị khoá tư thế dạng ngoài.

+ Đau, hạn chế vận động khớp vai.

- Nhìn thấy vai bên trật ngắn hơn, bờ vai vuông (dấu hiệu gù vai).

- Sờ thấy ổ chảo lõm, sờ được chỏm xương lồi tròn ở đáy rãnh denta - ngực, ở hõm nách.

- Dấu hiệu lò xo: Cánh tay dạng chừng 20^0 , khuỷu rời xa thân mình một ít, ấn khuỷu vào thân mình thả ra thì bật lại về vị trí cũ.

- Những bệnh nhân bị trật khớp vai tái diễn thì không còn những triệu chứng của trật khớp vai cấp tính nữa như: Đau, sưng khớp vai, bất lực vận động khớp vai, bầm tím da vùng vai nách, hõm nách rộng.

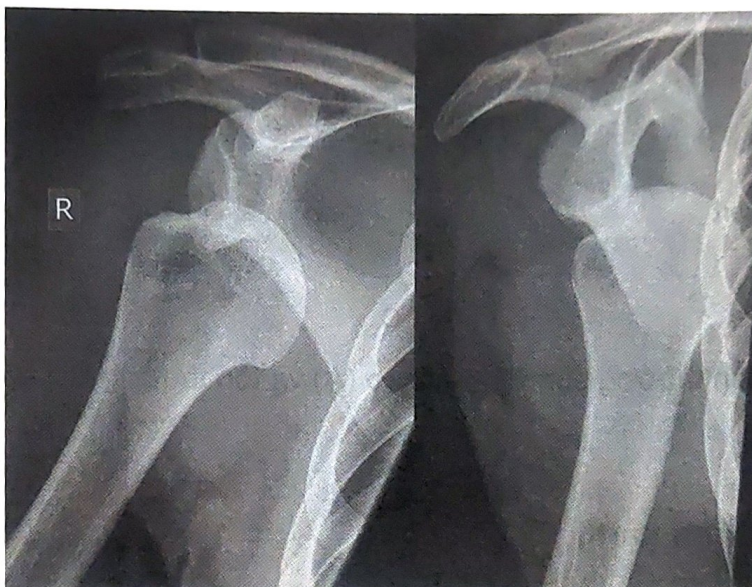
- Các nghiệm pháp đánh giá mất vững khớp vai tái diễn: Nghiệm pháp e sợ (Apprehension test), nghiệm pháp Hawking và Bokor (Load and shift test), dấu hiệu Sulcus.

- Ngoài ra bệnh nhân có thể biểu hiện các dấu hiệu lâm sàng là biến chứng trật khớp vai: Dấu hiệu thiếu máu cấp tính chi, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay.

2.2. Chẩn đoán hình ảnh

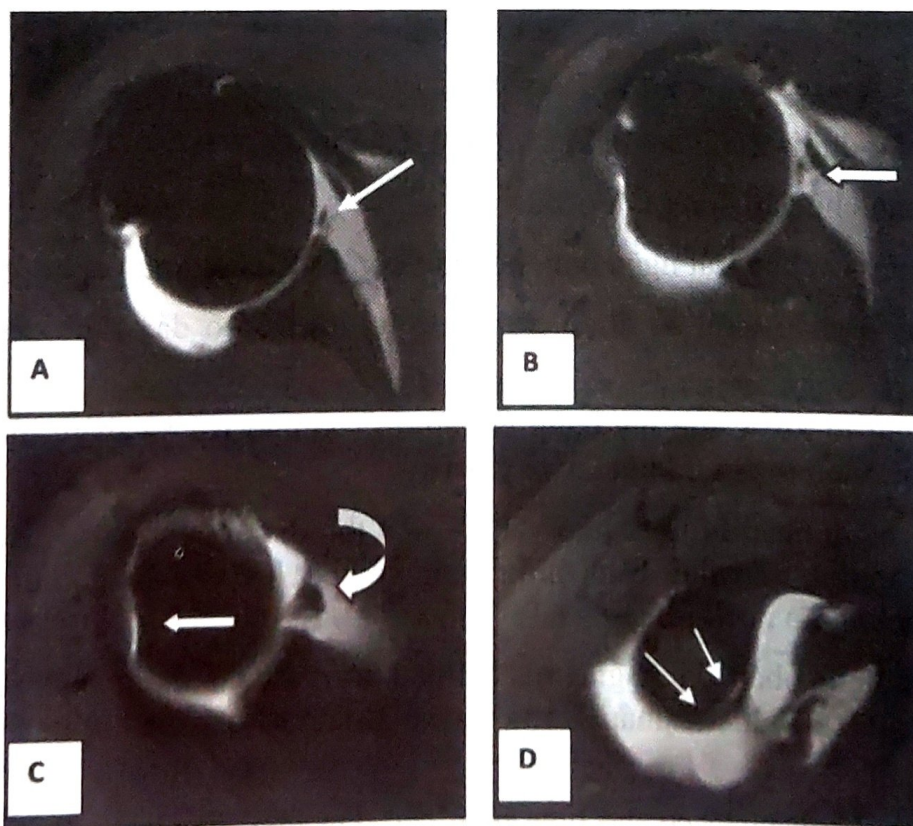
2.2.1. X quang

Chụp X quang khớp vai ba tư thế là thẳng, nghiêng, chệch đánh giá vị trí tương đối chỏm và ổ chảo cánh tay, các tổn thương phối hợp, tổn thương trật khớp vai tái diễn (toàn vẹn bờ ổ chảo, tổn thương Hill - Sachs).



Hình 4. Tổn thương Hill - Sachs trong trật khớp vai diễn trên X quang

2.2.2. Chụp CT scan và MRI



Hình 5. Tổn thương trong trật khớp vai trên phim chụp cộng hưởng từ

- CT scan đánh giá ba chiều những tổn thương xương, giúp chúng ta chỉ định phương pháp mổ, tiên lượng và chế độ luyện tập.

- MRI giúp đánh giá đầy đủ thương tổn khớp vai như: Vị trí, mức độ thương tổn sụn viền, hệ thống dây chằng ổ chảo cánh tay, bao khớp, gân cơ chóp xoay, từ đó đưa ra phương án điều trị hợp lý, tránh bỏ sót thương tổn.

2.3. Phân loại

Có nhiều phân loại trật khớp vai, trong đó phân loại theo vị trí và thời gian giúp định hướng điều trị, tiên lượng.

- Phân loại theo vị trí:

+ Trật khớp vai ra trước: Chiếm 95- 97%, chia thành hai dưới nhóm là dưới quạ và dưới ổ chảo.

+ Trật khớp vai xuống dưới: Hiếm gặp (dưới 1%)

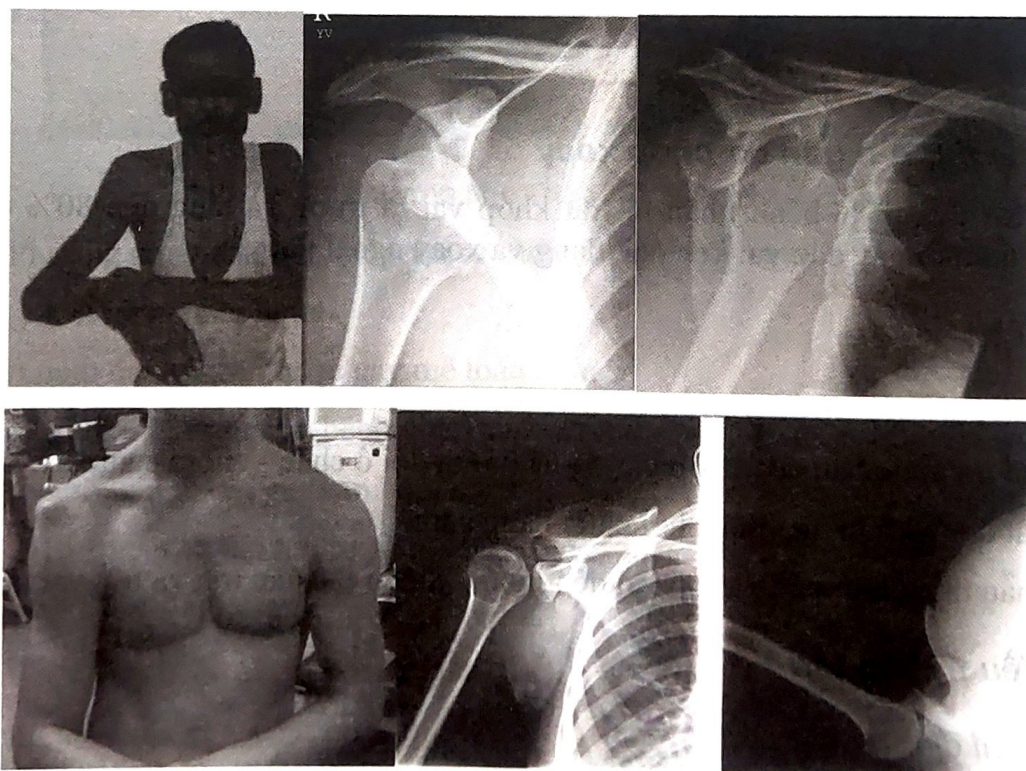
+ Trật khớp vai ra sau: Ít gặp (dưới 3%), dễ bị bỏ sót.

- Phân loại theo thời gian:

+ Trật khớp vai cấp.

+ Trật khớp vai tới muộn: Đến sau 3 tuần chấn thương.

+ Trật khớp vai tái diễn: Trật tái đi, tái lại nhiều lần.



Hình 6: Lâm sàng và X quang trật khớp vai

A: Hình ảnh lâm sàng và X quang trật khớp vai ra trước

B: Hình ảnh lâm sàng và X quang trật khớp vai ra sau

2.4. Biến chứng

2.4.1. Thương tổn thần kinh

- Gặp khoảng 15% số trường hợp. Nhất là liệt dây thần kinh mũ. Biểu hiện bằng mất cảm giác vùng cơ Delta, và sau khi nắn xong thì không dạng được cánh tay. Nên sau khi nắn trật khớp phải kiểm tra khả năng co cơ Delta và cảm giác vùng móm vai.

- Với những trường hợp chấn thương có mức năng lượng lớn, có thể gây liệt đám rối thần kinh cánh tay. Tổn thương dạng va chạm, đụng dập thần kinh có thể hồi phục sau 6- 8 tuần, dạng đứt tại gốc không hồi phục.

2.4.2. Thương tổn mạch máu

- Hay gặp trong trật khớp vai xuống dưới.

- Có khoảng 1% trường hợp động mạch nách bị tắc do thương tổn lớp áo giữa và lớp áo trong. Có khi bị rách thành bên do đứt gốc một nhánh bên hoặc có khi chỉ bị co thắt. Sau khi nắn trật khớp cần kiểm tra bằng cách bắt mạch, cần thiết thì chụp động mạch để xử trí tùy theo thương tổn.

2.4.3. Gãy xương kèm theo

- Gãy rời máu động lớn gặp khoảng 30%. Thường sau khi nắn trật khớp thì mảnh gãy sẽ về lại vị trí giải phẫu tốt.

- Vỡ bờ ổ chảo.

- Gãy cổ xương cánh tay: Có thể gãy cổ phẫu thuật.

2.4.4. Thương tổn gân cơ chóp xoay

Chiếm đến 55% bệnh nhân bị trật khớp vai ra trước và tăng đến 80% các bệnh nhân trên 60 tuổi gây đau vai kéo dài, dạng và xoay ngoài vai yếu.

2.5. Điều trị

2.5.1. Nguyên tắc chung điều trị trật khớp vai

- Đặt lại giải phẫu của khớp vai, vị trí tương đối ổ chảo - chỏm cánh tay.

- Bất động khớp, tập phục hồi chức năng sớm.

- Phẫu thuật làm vững khớp vai đến muện không thể nắn trật và trật vai tái diễn.

2.5.2. Điều trị bảo tồn

2.5.2.1. Chỉ định

- Trật khớp vai cấp.

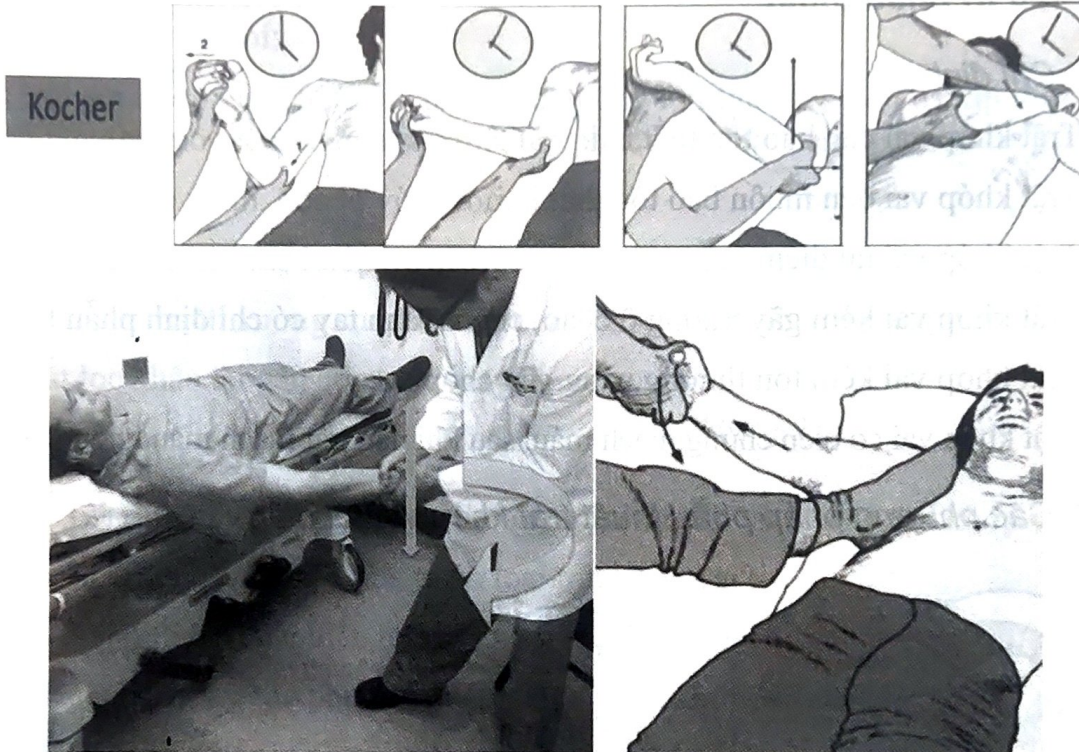
- Trật khớp vai tới muện < 6 tuần.

2.5.2.2. Phương pháp

- Giảm đau tại chỗ hoặc gây mê toàn thân trong trường hợp cơ co cứng, trật đến muộn.

- Nắn trật tùy theo phân loại trật:

+ Trật khớp vai ra trước: Phương pháp Hypocrat, phương pháp Kocher, phương pháp FARES (tỉ lệ thành công cao, tránh biến chứng).



Hình 7. Các phương pháp nắn trật khớp vai ra trước

• Phương pháp nắn trật khớp vai ra trước theo Hypocrates:

- ✓ Bệnh nhân nằm ngửa.
- ✓ Giảm đau tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.
- ✓ Người phụ từ từ cho bệnh nhân duỗi khuỷu - dạng cánh tay 60 độ - xoay trong.
- ✓ Người chính đặt gót vào hõm nách từ từ đẩy chỏm về vị trí cũ.
- ✓ Cố định cánh tay tư thế dạng 600, xoay ngoài 200.

+ Trật khớp vai ra sau:

- Giảm đau hoặc gây mê toàn thân.
- Người nắn gấp dần vai đến 90⁰, từ từ khép vai và xoay trong để giải phóng chỏm ra khỏi ổ chảo.
- Người phụ giúp kéo giữ cánh tay bắt chéo qua người bệnh nhân, đồng thời người nắn từ từ đẩy chỏm ra trước.

- Kiểm tra sau nắn, nếu trật lại, có thể đặt bột ngực vai cánh tay giữ vai trong tư thế dạng 40^0 - xoay ngoài 60^0 trong 4 tuần.

+ Trật khớp vai xuống dưới: Kỹ thuật hai bước:

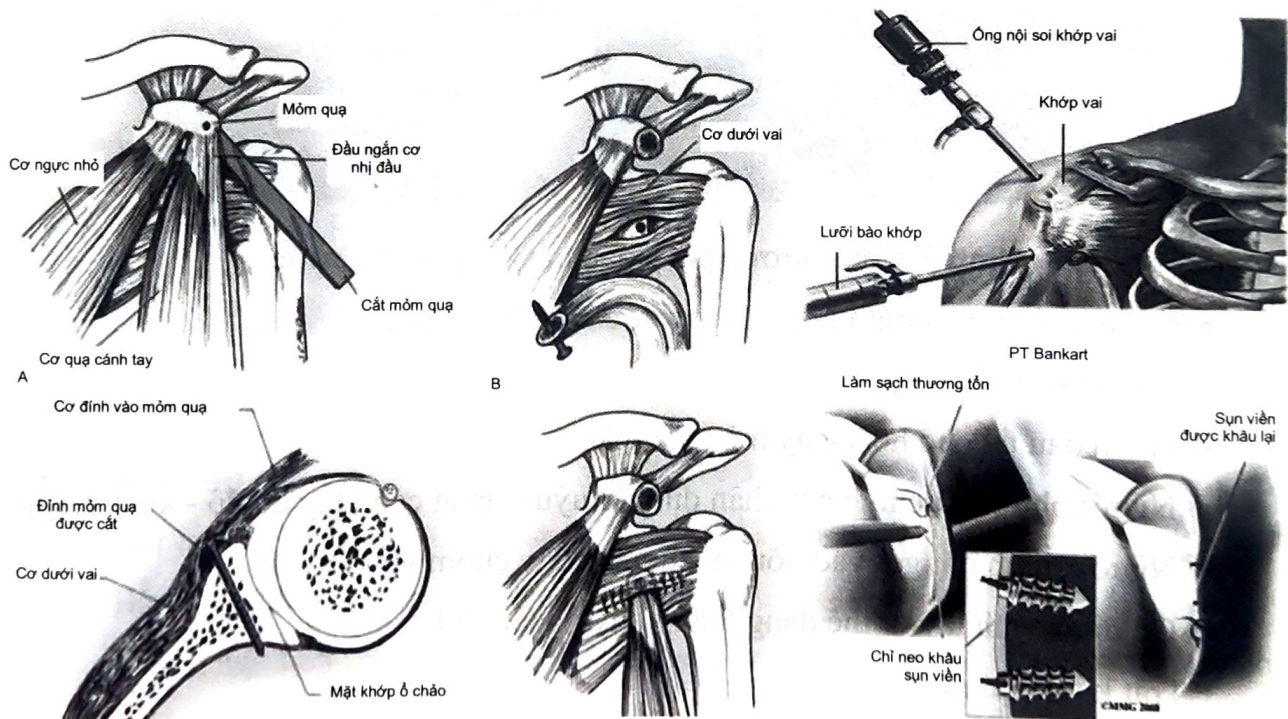
- Bước 1: Chuyển từ trật khớp vai xuống dưới thành trật khớp vai ra trước.
- Bước 2: Nắn trật như trường hợp trật khớp vai ra trước.

2.5.3. Điều trị phẫu thuật

2.5.3.1. Chỉ định

- Trật khớp vai cấp bảo tồn thất bại.
- Trật khớp vai đến muộn bảo tồn thất bại.
- Trật khớp vai tái diễn.
- Trật khớp vai kèm gãy xương ổ chảo, chỏm cánh tay có chỉ định phẫu thuật.
- Trật khớp vai kèm tổn thương nặng gân chóp xoay.
- Trật khớp vai có biến chứng mạch máu, sau khi nắn trật mạch máu không hồi phục.

2.5.3.2. Các phương pháp phẫu thuật trật khớp vai tái diễn



Hình 8. Phẫu thuật điều trị trật khớp vai tái diễn

- Phẫu thuật mổ mở: Mặc dù còn nhiều tranh cãi, một vài tác giả trên thế giới báo cáo phẫu thuật mổ mở đạt được độ vững khớp vai hơn phẫu thuật nội soi với nhóm các vận động viên thể thao có mức độ va chạm mạnh, bệnh nhân có khuyết ổ chảo lớn (15 - 30%), bong điểm bám dây chằng ổ chảo - chỏm điều trị nội soi thất bại.

+ Phẫu thuật Latarjet và Bristow: Sử dụng móm quạ với điểm bám đầu ngón cơ nhị đầu và cơ quạ cánh tay, cố định vào bờ trước dưới ổ chảo, tăng cường độ vững khớp vai theo cả giải phẫu cũng như cơ chế ổn định động và tĩnh của khớp vai.

+ Phẫu thuật Putti-Platt: Tái tạo cơ dưới vai hoặc dời vị trí bám tận gân cơ dưới vai trong trường hợp không làm được bằng nội soi.

+ Phẫu thuật Davi P Huberty: Ghép xương bờ trước ổ chảo bằng xương tự thân hoặc đồng loại (xương mào chận).

- Phẫu thuật nội soi:

+ Nội soi khớp vai đánh giá chính xác những tổn thương, điều trị kịp thời, triệt để và không tàn phá mô mềm, ít đau sau mổ, tập phục hồi chức năng sớm.

+ Cắt lọc mô viêm, bộc lộ vùng tổn thương.

+ Khâu phục hồi bao khớp - sụn viền (Suture anchors).

+ Đính lại mảnh xương sụn viền vỡ qua nội soi hoặc ghép xương xóp qua nội soi.

+ Cắt lọc khâu lại gân cơ chóp xoay bị rách.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày giải phẫu ứng dụng, nguyên nhân và cơ chế trật khớp vai?

Câu 2. Trình bày chẩn đoán, phân loại trật khớp vai?

Câu 3. Trình bày các biến chứng của trật khớp vai?

Câu 4. Trình bày các phương pháp điều trị trật khớp vai cấp?

Câu 5. Trình bày các phương pháp điều trị trật khớp vai tái diễn?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barry B. Phillips (2017), "Recurrent Dislocations", Frederick M. Azar, Frederick M. Azar & S. Terry Canale, *Campbell's Operative Orthopaedics*, ELSEVIER, Philadelphia, pp. 2364- 2390.
2. Bernard F. Morrey (2008), "*Master Techniques in Orthopaedic Surgery: Relevant Surgical Exposures*".
3. Treuting R. (2000), "Minimally Invasive Orthopedic Surgery: Arthroscopy. *The Ochsner Journal*". 2000;2(3), pp 158-163.
4. Thomas Youn, Richelle Takemoto et al. (2014), "Acute Management of Shoulder Dislocations", *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2014; 12(22), pp 761- 771.
5. Trịnh Văn Minh (2004), *Giải phẫu người*, Tập I, Nhà xuất bản Y học.

TRẬT KHỚP HÁNG

Phùng Ngọc Hòa, Hoàng Minh Thắng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

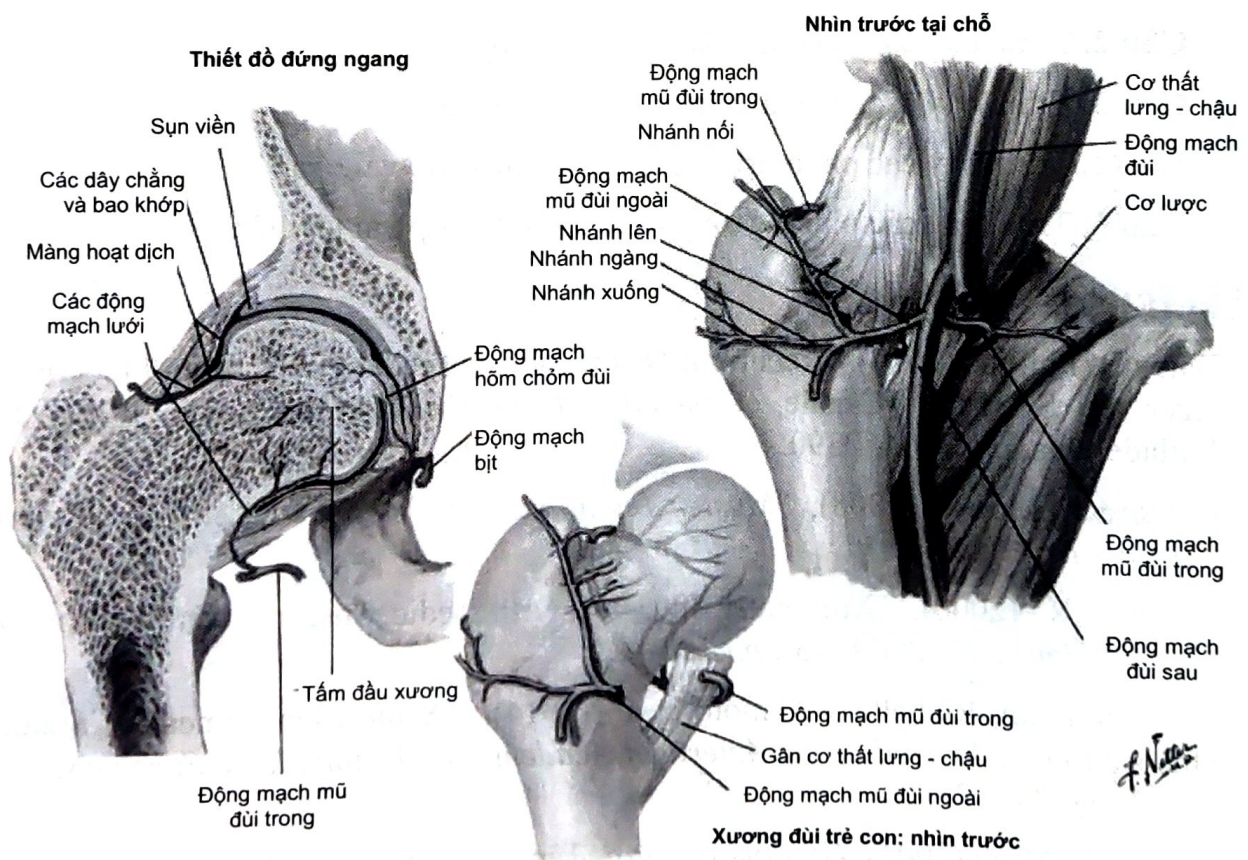
1. Trình bày được cơ chế chấn thương và phân loại trật khớp háng.
2. Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán, biến chứng của trật khớp háng.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị trật khớp háng.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Giải phẫu khớp háng

Khớp háng là một khớp chỏm cầu lớn nhất của cơ thể, tiếp nối chỏm xương đùi và ổ cối của xương chậu. Khớp háng nằm sâu, được che phủ bởi hệ thống cơ dày, khỏe nên phẫu thuật tiếp cận khớp háng khá khó khăn.



Hình 1. Giải phẫu khớp háng

Phương tiện giữ vững khớp háng là hệ thống dây chằng và bao khớp chắc khỏe. Dây chằng ngoài khớp gồm dây chằng chậu đùi, mu đùi ở phía trước và dây chằng ngồi đùi ở phía sau. Dây chằng trong khớp là dây chằng tròn đi từ chỏm xương đùi đến hố dây chằng tròn trong ổ cối. Ngoài ra, sụn viền ổ cối là vòng sụn sợi bám vào viền ổ cối, làm sâu thêm ổ cối ôm lấy chỏm xương đùi, phần sụn viền vắt ngang qua khuyết ổ cối gọi là dây chằng ngang ổ cối.

Nguồn cấp máu cho chỏm xương đùi gồm:

- Động mạch dây chằng tròn: Rất nhỏ, nuôi 1/4 chỏm xương đùi, một số người không có, hoặc bị xơ vữa.

- Động mạch mũ: Được chia ra từ động mạch đùi sâu, đi trong bao khớp tới nuôi chỏm.

- Động mạch bắt nguồn từ thân xương đùi.

Khi bị trật khớp háng các mạch nuôi dễ bị tổn thương.

Động tác của khớp háng được gọi theo từng cặp: Gấp - duỗi, xoay ngoài - xoay trong, và khép - dẹt.

1.2. Dịch tễ học

- Trật khớp háng ít gặp hơn so với trật khớp vai và khớp khuỷu, chiếm 5% trong tổng số trật khớp nói chung, trong đó, trật khớp háng ra sau chiếm 80 - 85% trong số các ca trật khớp háng, biến chứng hoại tử chỏm xương đùi chiếm từ 2 - 17%, thoái hóa khớp háng chiếm 16%.

- Có đến 50% bệnh nhân có tổn thương kèm theo khi bị trật khớp háng. Trật khớp háng gặp ở nam nhiều hơn nữ, độ tuổi từ 16 đến 40 tuổi, nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông, ngã cao.

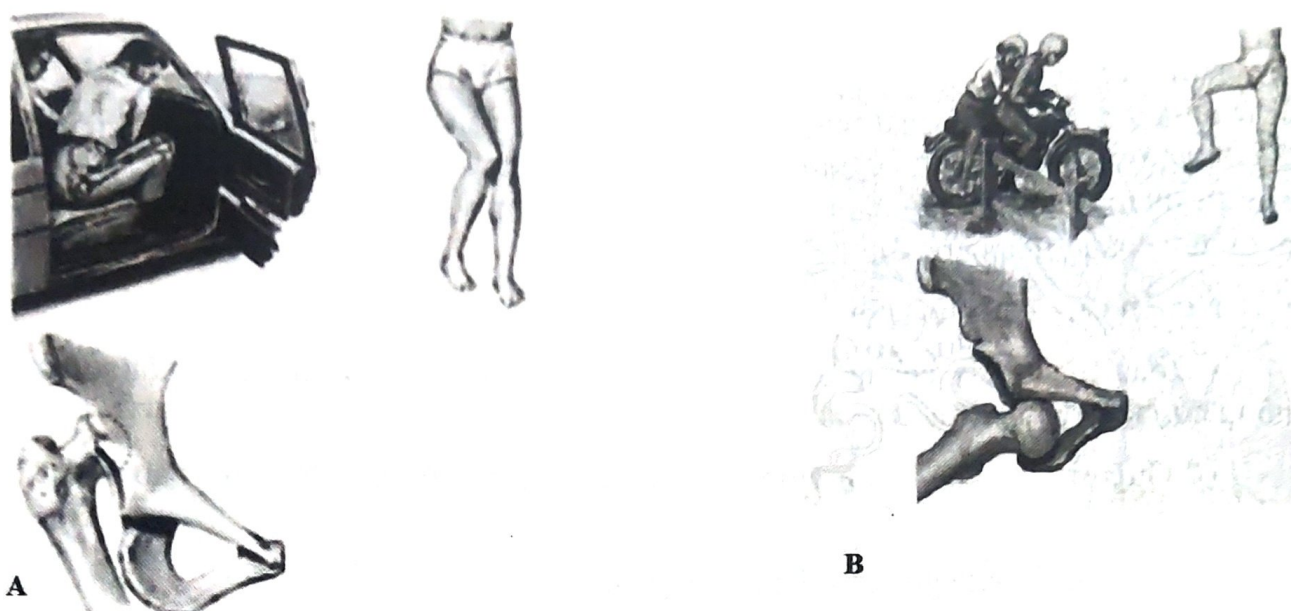
- Biến chứng liệt dây thần kinh ngồi chiếm 10 - 20% trong trường hợp trật khớp háng ra sau.

1.3. Cơ chế chấn thương

Trật khớp háng là hậu quả của chấn thương có năng lượng cao. Kiểu trật khớp háng phụ thuộc vào tư thế khớp háng khi xảy ra chấn thương và hướng lực tác động.

Lực tác động dọc thân xương đùi ở tư thế háng gấp và khép làm chỏm xương đùi thúc ra sau gây rách bao khớp sau và trật khớp háng ra sau, có thể kèm theo vỡ thành sau ổ cối.

Ngược lại, lực tác động vào mặt trong đùi khi khớp háng ở tư thế dẹt, xoay ngoài gây trật khớp háng ra trước.



Hình 2. Minh họa một số cơ chế trật khớp háng (A. Trật khớp háng ra sau; B. Trật khớp háng ra trước).

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Trật khớp háng thường là hậu quả của chấn thương năng lượng cao, bệnh nhân đến viện có thể trong bệnh cảnh đa chấn thương. Vì vậy, thăm khám cần tỉ mỉ, tổng thể một cách hệ thống nhằm tránh bỏ sót tổn thương: Chấn thương sọ não, chấn thương ngực, bụng, cột sống.

+ Toàn thân: Bệnh nhân có thể sốc do mất máu, do đau.

+ Cơ năng: Đau, mất cơ năng khớp háng.

+ Tại chỗ:

- Ngoài triệu chứng của trật khớp nói chung, trật khớp háng có những biến dạng chỉ điển hình:

+ Trật háng ra sau: Háng khép, xoay trong, ngắn chi.

+ Trật háng ra trước: Háng dẹt, xoay ngoài, ngắn chi.

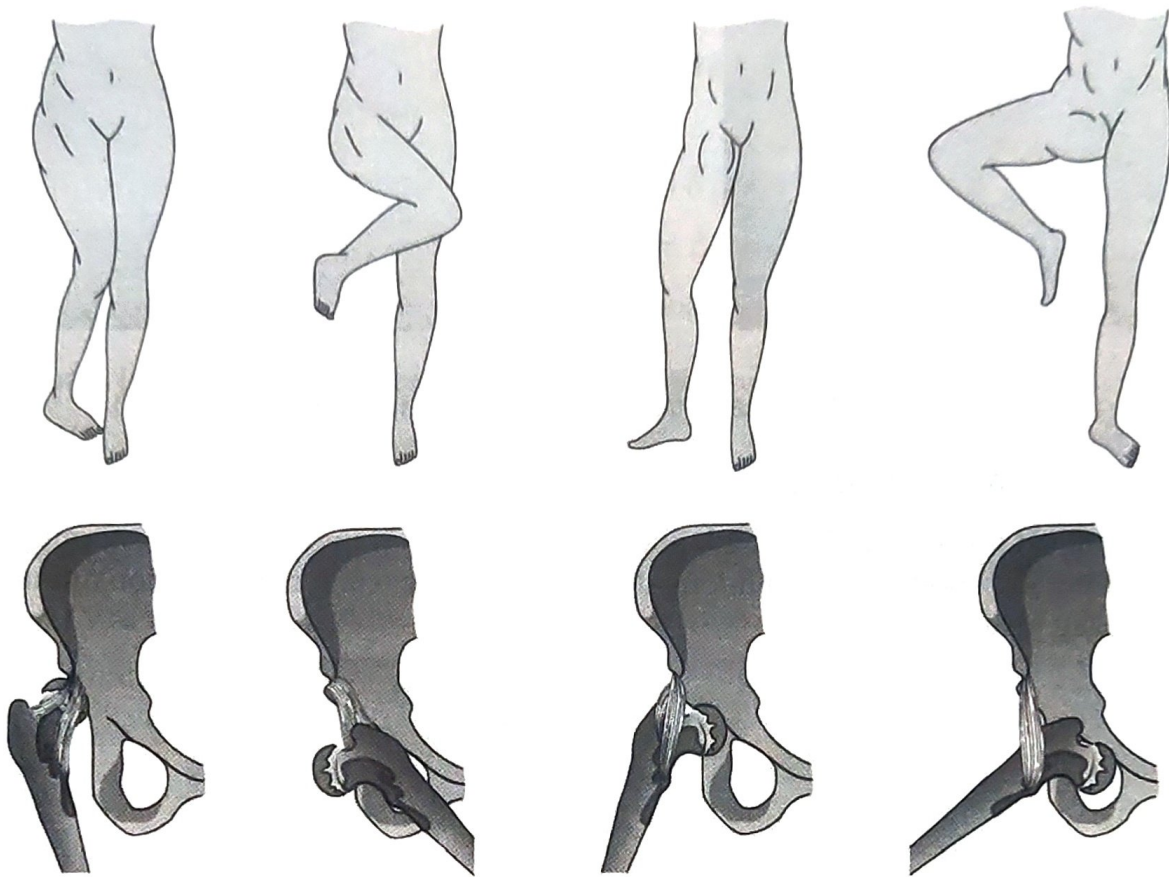
- Máu chuyển lớn lên cao làm thay đổi tương quan của các mốc xương vùng chậu
- đùi: tam giác Bryant, đường Nelaton - Rose thay đổi.

- Sờ có thể thấy chỏm xương đùi ở vị trí bất thường, hay gặp trong trật háng ra trước có thể sờ thấy chỏm xương đùi ngay nếp bẹn.

- Đo chiều dài tương đối, bên tổn thương ngắn hơn bên lành, chiều dài tuyệt đối không thay đổi.

- Khám phát hiện các biến chứng, đặc biệt biến chứng tổn thương mạch đùi với trật háng ra trước, tổn thương thần kinh ngồi với trật háng ra sau.

- Phát hiện các tổn thương phối hợp: gãy xương bánh chè, xương đùi kèm theo.



Hình 3. Biến dạng chi điển hình trong trật khớp háng

2.2. Cận lâm sàng

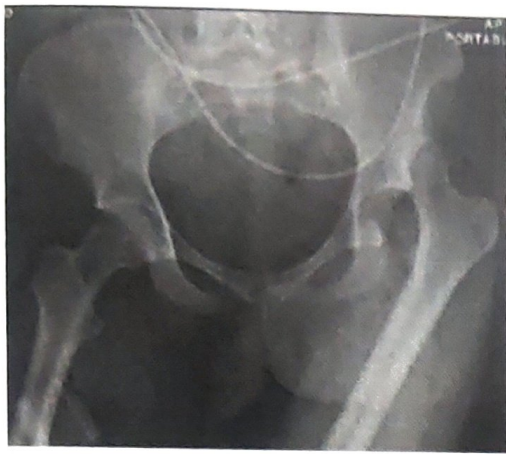
2.2.1. X quang

Chụp X quang khung chậu để thấy hết khớp háng hai bên. Triệu chứng trên phim X quang:

- Chỏm xương đùi trật khỏi ổ cối.
- Đường Shenton (vòng cung cổ bịt) trong trường hợp khớp bị trật sẽ bị mất liên tục.
- Mấu chuyển bé nhỏ hơn bên đối diện với trật háng ra sau và ngược lại to hơn bên đối diện với trật háng ra trước.

Cần đánh giá gãy xương ổ cối, chỏm và cổ xương đùi, gãy các phần khác của khung chậu kèm theo.

Phối hợp phim X quang nghiêng chậu, nghiêng bịt giúp đánh giá tốt hơn các gãy xương ổ cối.



A

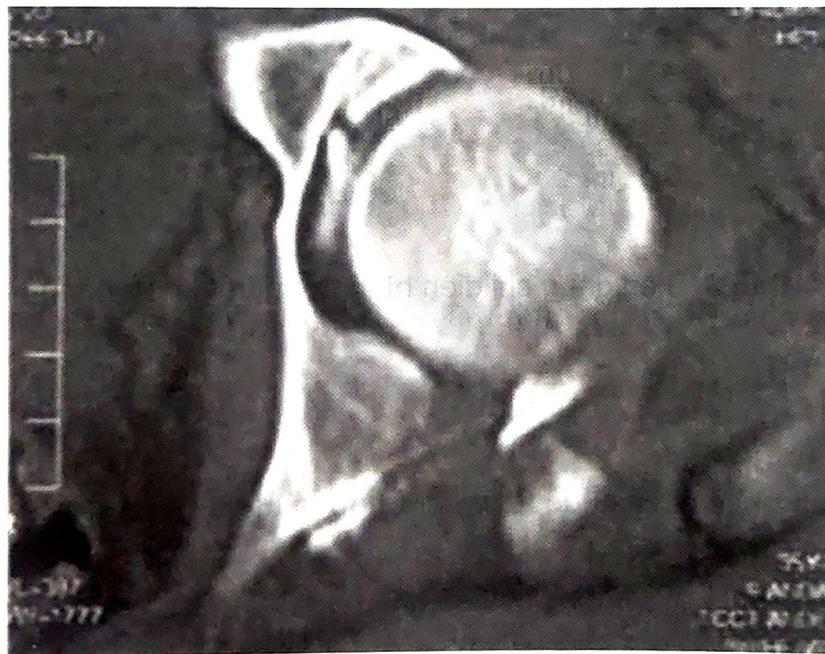


B

Hình 4. Hình ảnh X quang trật khớp háng ra sau (A) và ra trước (B)

2.2.2. Chụp cắt lớp vi tính

Chụp cắt lớp vi tính dựng hình khớp háng đánh giá tỉ mỉ hơn các gãy xương ổ cối, mảnh xương kẹt khớp để đưa ra hướng điều trị chính xác, cũng như lựa chọn đường vào hợp lý trong phẫu thuật.



Hình 5. Hình ảnh mảnh xương gãy kẹt trong khớp háng

3. PHÂN LOẠI

3.1. Phân loại theo vị trí trật của chỏm xương đùi

Có 5 kiểu trật khớp háng:

- Kiểu chậu: Chỏm xương đùi lên trên, ra sau.
- Kiểu mu: Chỏm xương đùi lên trên, ra trước.
- Kiểu ngồi: Chỏm xương đùi xuống dưới, ra sau.

- Kiểu bịt: Chòm xương đùi xuống dưới, ra trước.
- Trật khớp háng trung tâm: Chòm xương đùi chui qua ổ cối vỡ, vào tiểu khung.

3.2. Phân loại trật khớp háng theo Stewart và Milford

- Type I: Trật khớp háng đơn thuần.
- Type II: Trật khớp háng kèm vỡ mảnh nhỏ ổ cối, vững sau nắn.
- Type III: Trật khớp háng kèm vỡ mảnh lớn ổ cối, không vững sau nắn.
- Type IV: Trật khớp háng kèm gãy chòm hoặc cổ xương đùi.

3.3. Phân loại trật khớp háng theo Thompson và Epstein

- Với trật khớp háng ra sau:
 - + Type I: Trật khớp háng có/ không gãy mảnh nhỏ thành sau ổ cối.
 - + Type II: Trật khớp háng kèm theo gãy mảnh lớn, đơn giản thành sau ổ cối.
 - + Type III: Trật khớp háng, gãy phức tạp thành sau ổ cối.
 - + Type IV: Trật khớp háng kèm gãy trần ổ cối.
 - + Type V: Trật khớp háng kèm gãy cổ xương đùi.
 - Với trật khớp háng ra trước:
 - + Type I: Trật lên trên.
 - + Type II: Trật xuống dưới.
- A: Không gãy xương.
- B: Kèm gãy cổ hoặc chòm xương đùi.
- C: Kèm gãy ổ cối.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

- Cần nắn trật khớp háng càng sớm càng tốt.
- Vô cảm bằng gây mê toàn thân và giãn cơ để nắn trật khớp háng.
- Phải nắn nhẹ nhàng, nắn thô bạo sẽ làm tổn thương thứ phát sụn của chòm xương đùi hoặc gãy cổ xương đùi.
- Trật khớp háng kèm vỡ ổ cối hay trật khớp háng trung tâm thì cũng nên nắn trật cấp cứu và kéo liên tục qua lõi cầu đùi. Kết hợp xương ổ cối được làm thì sau nếu cần.
- Một số trường hợp nắn trật khớp háng không khả thi như kèm theo gãy cổ xương đùi, thân xương đùi nên mổ sớm. Trật khớp háng đơn thuần nhiều khi cũng không thể nắn trật được, vì chòm chui qua chỗ rách bao khớp ra sau như cài khuy áo, cần mổ đặt lại khớp sớm.

4.2. Nắn trật khớp háng

- Nắn trật khớp háng được tiến hành dưới gây mê toàn thân và giãn cơ. Nhiều kỹ thuật nắn trật khớp háng được mô tả nhưng dựa trên nguyên tắc chung: Khung chậu bệnh nhân được cố định, ban đầu lực kéo nắn theo hướng ngược lại với lực tác động theo cơ chế chấn thương ban đầu, lợi dụng nguyên lý đòn bẩy với điểm tựa đặt vào khớp gối bệnh nhân. Lực kéo nắn phải nhẹ nhàng, tăng dần đều để thắng được sức co cơ, tránh gây xương thứ phát.

- Đánh giá lại ngay sau khi nắn khớp háng:

+ Kiểm tra mất vững khớp sau nắn: Đưa háng gấp 90 độ ở tư thế trung gian, khớp háng không trật lại sau nắn.

+ Nhẹ nhàng kiểm tra biên độ vận động khớp xem có mảnh xương kẹt khớp hay không.

+ Chụp lại khớp háng sau nắn dưới màn tăng sáng.

- Sau nắn, bệnh nhân được bất động bột chậu - lưng - chân hoặc đùi - cẳng - bàn chân chống xoay. Kéo liên tục qua lòi cầu đùi được chỉ định cho trường hợp trật khớp háng mất vững, trật khớp háng trung tâm hoặc ngay cả khi có nghi ngờ mảnh xương kẹt khớp.

Một số kỹ thuật nắn trật khớp háng thường dùng:

- Kỹ thuật BOEHLER. Cách nắn với kéo đai vải số 8:

+ Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn nắn, cố định đai chậu vào bàn nắn, háng và gối gấp 90°.

+ Người nắn đứng cùng bên với bệnh nhân.

+ Một đai vải quấn qua cổ người nắn và qua gối bệnh nhân.

+ Kéo thẳng đùi lên trời, đè cẳng chân bệnh nhân xuống tạo nên lực chính qua đai vải. Tùy theo kiểu trật mà khếp háng hoặc dạng háng cho phù hợp.

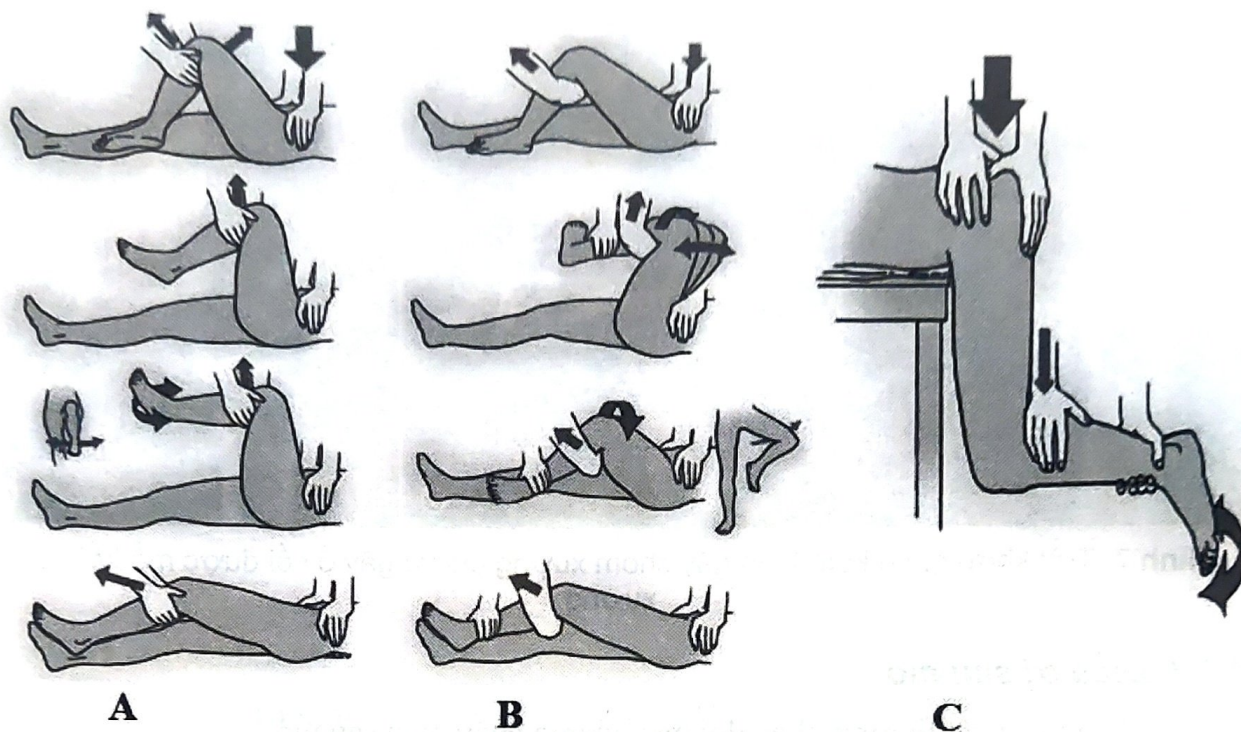
- Kỹ thuật nắn khớp háng Allis:

+ Bệnh nhân nằm ngửa ở trên bàn.

+ Người phụ giữ chặt hai mào chậu của bệnh nhân.

+ Người nắn đứng cùng bên khớp háng trật.

+ Người nắn cầm ở khoeo chân, kéo chân xuống phía dưới nhẹ nhàng, sau đó, nâng nhẹ nhàng chân lên đến 70° và tăng lực kéo, có thể xoay nhẹ khớp háng để tạo thuận lợi cho chỏm xương đùi vào ổ cối. Một tiếng kêu “clunk” là dấu hiệu chỏm xương đùi đã vào ổ cối.



Hình 6. Kỹ thuật nắn trật khớp háng theo Allis (A), Bigelow (B) và Stimson (C)

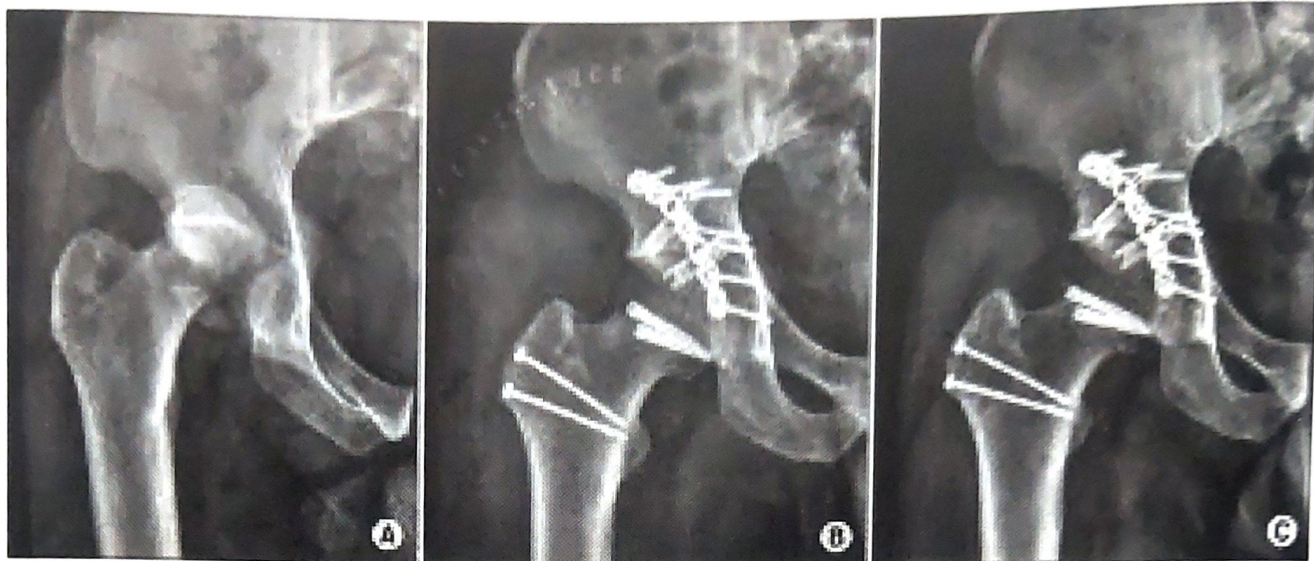
4.3. Điều trị phẫu thuật

4.3.1. Chỉ định

- Nắn trật thất bại.
- Mảnh xương kẹt trong khớp háng.
- Khớp háng mất vững sau nắn.
- Gãy cổ hoặc chỏm xương đùi.
- Trật khớp háng có biến chứng như tổn thương mạch máu, thần kinh...
- Trật khớp háng cũ, thường là > 3 tuần, ổ cối bị lấp đầy bởi tổ chức xơ hoá.

4.3.2. Nguyên tắc điều trị phẫu thuật: Tùy theo tổn thương.

- Trường hợp nắn trật thất bại do kẹt chỏm xương đùi kiểu “cài khuy áo” thì cần mở rộng bao khớp, giải phóng chỏm, đặt lại khớp háng.
- Nếu nắn trật thất bại do ổ cối bị lấp đầy thì cần làm sạch ổ cối, đặt lại khớp háng.
- Trường hợp gãy xương kèm theo như ổ cối, cổ, chỏm xương đùi thì kết hợp xương nếu có chỉ định.
- Phẫu thuật thay khớp háng cũng được cân nhắc chỉ định trong một số trường hợp.



Hình 7. Trật khớp háng kèm theo gãy chỏm xương đùi và gãy ổ cối được mổ kết hợp xương

4.3.3. Điều trị sau mổ

- Chăm sóc vết thương, theo dõi biến chứng chảy máu sau mổ.
- Hướng dẫn bệnh nhân các bài tập tại giường để tránh teo cơ, cứng khớp và tránh các biến chứng do bất động.
- Bất động sau mổ 3-4 tuần và tập phục hồi chức năng lấy lại biên độ vận động cho khớp háng.
- Trường hợp có kết hợp xương kèm theo thì đi phải có nạng đỡ, chịu lực bắt đầu sau tuần thứ 12.

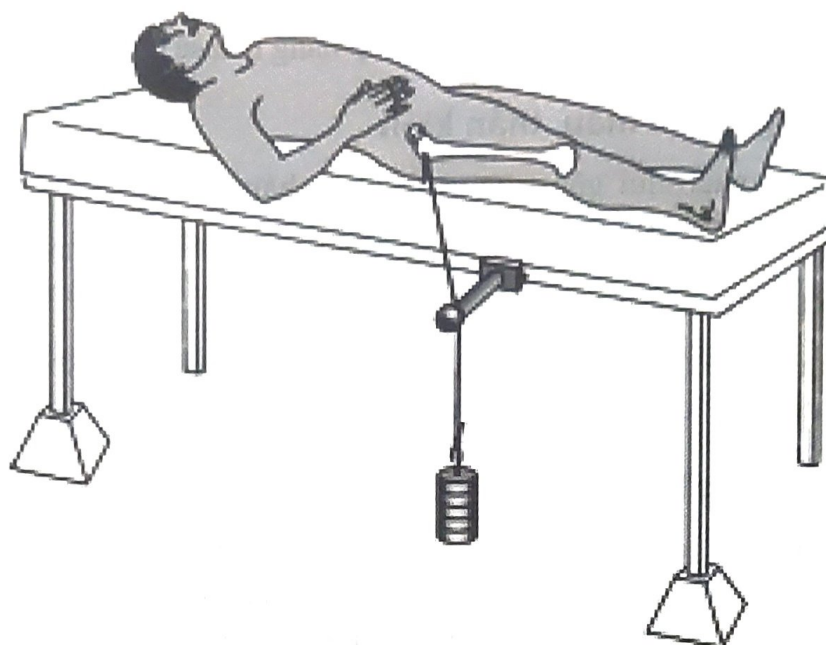
4.4. Điều trị trật khớp háng trung tâm

4.4.1. Điều trị không mổ

- Vỡ ổ cối không lệch hoặc di lệch dưới 2mm.
- Gãy lệch ở nơi ít quan trọng.
- Có bệnh nội khoa cần chữa trị trước.
- Có vết thương nhiễm trùng nơi dự kiến mổ.
- Người già loãng xương.

4.4.2. Kéo liên tục

Gây mê, kéo chân bên trật theo trục chi dưới, kiểm tra chiều dài hai chân bằng nhau là được (mục đích là để chỏm ra khỏi tiểu khung, về vị trí cũ). Sau đó, xuyên vít có móc vào đầu trên xương đùi, dưới đỉnh mấu chuyển lớn khoảng 2,5cm, kéo liên tục với trọng lượng bằng 1/6 trọng lượng cơ thể, kéo trong 4-6 tuần.



Hình 8. Kéo liên tục điều trị trật khớp háng trung tâm

4.4.3. *Mổ kết hợp xương*

Khi ổ cối vỡ nặng, di lệch nhiều trên 2mm, bệnh nhân trẻ thì phải mổ sớm để nắn và kết hợp xương bằng nẹp vít.



Hình 9. Trật khớp háng trung tâm và phẫu thuật kết hợp xương ổ cối

5. BIẾN CHỨNG

5.1. Hoại tử chỏm xương đùi

Chiếm từ 2 - 17%, hay gặp với những trường hợp trật khớp háng cũ do tổn thương mạch máu nuôi dưỡng chỏm.

5.2. Thoái hóa khớp

Gặp ở 20 - 30% trật khớp háng trung tâm vì ổ cối bị biến dạng hoặc liên lệch .

5.3. Trật khớp háng tái phát

Do tổn thương các cấu trúc giữ vững khớp háng nên sẽ có nguy cơ trật lại khớp háng.

5.4. Tổn thương mạch máu, thần kinh

Tổn thương mạch đùi gặp trong trật khớp háng ra trước. Tổn thương thần kinh ngồi hay gặp trong trật khớp háng ra sau.

5.5. Gãy cổ xương đùi

Gặp trong 10% các trường hợp trật khớp háng ra sau và 25% các trường hợp trật khớp háng ra trước hoặc do động tác nắn trật khớp háng thô bạo.

5.6. Cốt hóa xương lạc chỗ

Xảy ra trong 2% các trường hợp có trật khớp háng và liên quan mật thiết đến tổn thương phần mềm xung quanh và hình thành khối máu tụ. Phẫu thuật không làm giảm tỉ lệ mắc bệnh, vì vậy phải phòng ngừa bằng Indomethacin trong 6 tuần hoặc phải sử dụng tia xạ.

5.7. Tắc mạch

Khi trật khớp háng di lệch nhiều kéo dẫn quá gây ra mạch máu bị tổn thương phía trong lớp nội mạc, hình thành cục máu đông gây nguy cơ tắc mạch.

Tắc tĩnh mạch sâu có thể gặp do biến chứng bất động, đặc biệt trên bệnh nhân đa chấn thương.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày triệu chứng, chẩn đoán, biến chứng của trật khớp háng?

Câu 2. Trình bày cơ chế chấn thương và phân loại trật khớp háng?

Câu 3. Trình bày nguyên tắc điều trị trật khớp háng?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phùng Ngọc Hòa (2006), *Bài giảng bệnh học ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học
2. Trịnh Văn Minh (2004), *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Y học.
3. David G. Lavelle (2007), Dislocation and fracture-dislocation of the hip, *Campbell's operative orthopaedics, 11 th*, Elsevier, Philadelphia.
4. John C. Weinlein (2017), Fracture and dislocation of the hip, *Campbell's operative orthopaedics, 13 th*, Elsevier, Philadelphia.
5. Paul Tornetta (2006), Hip dislocations and fractures of the femoral head, *Rockwood & Green's Fractures in Adults, 6 th*, Lippincott Williams & Wilkins.
6. Frank H. Netter (2013), *Atlas giải phẫu người* (Nguyễn Quang Quyền dịch), Nhà xuất bản Y học.

TRẬT KHỚP GỐI

Hoàng Minh Thắng, Đinh Ngọc Sơn

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được phân loại, cơ chế chấn thương, tổn thương giải phẫu bệnh của trật khớp gối do chấn thương.
2. Trình bày được chẩn đoán và nguyên tắc điều trị trật khớp gối.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp gối là sự mất quan hệ diện khớp bình thường giữa mâm chày và lõi cầu xương đùi do tổn thương hệ thống phần mềm giúp giữ vững khớp, có hoặc không kèm theo trật khớp bánh chè. Nội dung bài này chỉ đề cập tới trật khớp gối do chấn thương.

1.1. Dịch tễ

Trật khớp gối là tổn thương tương đối ít gặp, chỉ chiếm khoảng 0,02-0,2% trong số chấn thương chi và khoảng 0,5% tổng số trật khớp.

Trật khớp gối cấp tính gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ khoảng 4/1. Tổn thương này gặp nhiều ở bệnh nhân trẻ tuổi.

Trật khớp gối là một trong những chấn thương nghiêm trọng nhất của khớp gối. Bởi vì ngoài tổn thương đa dây chằng giữ vững khớp gối, trật khớp gối còn gây ra các biến chứng tổn thương mạch hay thần kinh với tỷ lệ cao khoảng 20-25%.

1.2. Cơ chế chấn thương

Cơ chế chấn thương trong trật khớp gối cấp tính đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, đánh giá và hướng xử trí tiếp theo. Trong đó, yếu tố được nhấn mạnh đến là hướng lực tác động vào khớp gối gây chấn thương.

Cơ chế chấn thương phổ biến là duỗi gối quá mức gây ra trật khớp gối ra trước, chiếm 40%. Chấn thương trực tiếp vào mâm chày theo hướng từ trước ra sau gây trật khớp gối ra sau chiếm 30%. Trật khớp gối vào trong hoặc ra ngoài ít gặp hơn do lực tác động trực tiếp vào mặt bên khớp gối tương ứng, chiếm tỷ lệ lần lượt là 4% và 18%. Ngoài ra, cơ chế chấn thương gián tiếp do xoắn vặn khớp gối gây ra trật gối kiểu xoay chiếm khoảng 5%.

Nguyên nhân của chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông, lao động, ngã cao hoặc chấn thương thể thao. Ngày nay, với đặc thù của thể thao hiện đại, vận động viên có xu hướng nhanh hơn, mạnh hơn nên tỷ lệ chấn thương do thể thao tăng lên.

1.3. Tổn thương giải phẫu

Khớp gối là khớp phức hợp, bao gồm khớp chèn - đùi và khớp chày - đùi. Khớp chày - đùi là khớp lưỡng lõi cầu, cấu trúc sụn chêm có vai trò quan trọng trong việc làm tăng sự tương thích và diện tích tiếp xúc của xương chày với xương đùi. Khớp gối được giữ vững chắc bởi cấu trúc hình thái xương, sụn chêm, bao khớp, các dây chằng trong khớp, các dây chằng ngoài bao khớp và các gân cơ xung quanh. Trật khớp gối làm tổn thương hệ thống giữ vững khớp gối: Hệ thống dây chằng, sụn chêm, các cấu trúc xương.

Tổn thương dây chằng trong trật khớp gối thường nặng nề do tổn thương nhiều dây chằng, ít nhất ba dây chằng. Tổn thương dây chằng bao gồm: Đứt hoàn toàn, đứt bán phần dây chằng hoặc bong điểm bám dây chằng.

Tổn thương sụn chêm: Rách sụn chêm với nhiều hình thái khác nhau.

Gãy xương trong trật khớp gối là tổn thương khá thường gặp, gặp trong 60% trật khớp gối, bao gồm gãy mâm chày, lõi cầu đùi, bánh chèn, bong các điểm bám dây chằng.

Tổn thương mạch máu, thần kinh là biến chứng hay gặp và nặng nề trong trật khớp gối. Tổn thương mạch khoeo hay gặp tại vị trí chuyển tiếp giữa đoạn di động và cố định như đoạn mạch máu thoát qua ống cơ khép hoặc trước khi đi qua cung cân cơ dẹt do cơ chế giằng xé. Tổn thương thần kinh chày, đặc biệt là thần kinh mác chung đoạn vòng qua cổ xương mác là tổn thương hay gặp.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng lâm sàng

Toàn thân: Bệnh nhân có thể sốc do đau hoặc bệnh cảnh đa chấn thương.

Cơ năng: Đau, mất hoàn toàn cơ năng khớp gối.

Thực thể:

- *Biến dạng khớp gối:*

Trật khớp gối thường gây biến dạng rõ rệt tương ứng với các kiểu trật, mất cơ năng khớp gối kèm theo các triệu chứng sưng nề, tràn dịch, bầm tím. Trong trật khớp gối cấp tính, việc nắn trật sớm là điều cần thiết, nhưng cần chú ý dấu hiệu “núm đồng tiền” được mô tả vùng da trước trong khớp gối co rúm lại khi lõi cầu trong xương đùi trật ra trước qua đường rách bao khớp phía trước trong như kiểu “cúc áo” do trật gối kiểu xoay. Đây là triệu chứng quan trọng giúp tiên lượng không thể nắn trật kín khớp gối.

Tuy nhiên cũng cần ghi nhớ rằng có tới khoảng 50% số trường hợp trật khớp gối đã tự nắn trật hoặc được nắn trật tại thời điểm sơ cứu trước khi đến bệnh viện nên biến dạng chi điển hình có thể không còn.

Các thăm khám lâm sàng đánh giá mất vững khớp gối khó thực hiện do bệnh nhân đau hay do gãy xương kèm theo. Khi có tổn thương xương hay mạch máu, thần kinh kèm theo, nên hạn chế sử dụng các nghiệm pháp thăm khám mất vững khớp, đặc biệt các nghiệm pháp kéo giãn dây chằng nên thận trọng vì có nguy cơ làm nặng thêm tổn

thương. Trong trường hợp không có tổn thương xương, thăm khám lâm sàng nhằm phát hiện các dấu hiệu lỏng khớp do tổn thương dây chằng gây nên. Dấu hiệu vẹo trong, vẹo ngoài, duỗi gối quá mức so với bên lành là những dấu hiệu rõ rệt biểu hiện tình trạng tổn thương dây chằng trong trật khớp gối.

- Khám tổn thương mạch máu:

Tổn thương mạch máu trong trật khớp gối là biến chứng gặp với tần suất khá cao và là một tối cấp cứu. Vì vậy, trong bệnh cảnh trật khớp gối hoặc nghi ngờ trật khớp gối, điều đầu tiên cần làm là đánh giá tình trạng tưới máu ngoại vi chi thể cũng như theo dõi sát tình trạng này liên tục trước, trong và sau nắn chỉnh. Khám lâm sàng phát hiện tổn thương mạch máu bao gồm: theo dõi màu sắc, nhiệt độ, phản xạ mao mạch đầu chi, bắt mạch mu chân, chày sau và so sánh với bên đối diện. Trong trường hợp người bệnh không có dấu hiệu thiếu máu chi rõ ràng cũng không được loại trừ tổn thương mạch, cần đánh giá chỉ số ABI (Ankle Brachial Index) - là tỉ số giữa huyết áp tâm thu đo được ở cổ chân chia cho huyết áp tâm thu đo được ở cánh tay, bình thường chỉ số này nằm trong khoảng 0,9 - 1,3. Chỉ số này chính xác hơn khi phối hợp với siêu âm Doppler mạch máu. $ABI > 0,9$ là ghi nhận không có tổn thương mạch máu, tuy nhiên, chỉ số này không chính xác nếu bệnh nhân có bệnh lý mạch máu mạn tính như xơ vữa mạch. Khi $ABI < 0,9$, các thăm dò cần làm thêm các thăm dò khác như chụp cắt lớp vi tính dựng hình mạch máu hoặc chụp mạch để chẩn đoán.

- Khám tổn thương thần kinh:

Khám vận động, cảm giác vùng chi phối của thần kinh chày, thần kinh mác chung giúp phát hiện các biến chứng tổn thương thần kinh.

Cùng với đánh giá tổn thương mạch máu, thần kinh, các triệu chứng của hội chứng chèn ép khoang cẳng chân cũng cần được lưu ý và theo dõi sát.



Hình 1. Hình ảnh biến dạng điển hình trong trật khớp gối
(A. Trật khớp gối ra sau, B. Trật khớp gối ra ngoài)

2.2. Cận lâm sàng

Chỉ sử dụng thêm các phương tiện chẩn đoán hình ảnh nếu lâm sàng không có biểu hiện thiếu máu chi nặng.

Chụp X quang khớp gối tiêu chuẩn là cần thiết cho những trường hợp nghi ngờ trật khớp gối cũng như sau khi nắn trật khớp gối. Tuy nhiên, trường hợp khớp gối được

nấn trật trước khi đến viện thì X quang không còn điển hình mà chỉ có một số dấu hiệu gợi ý như:

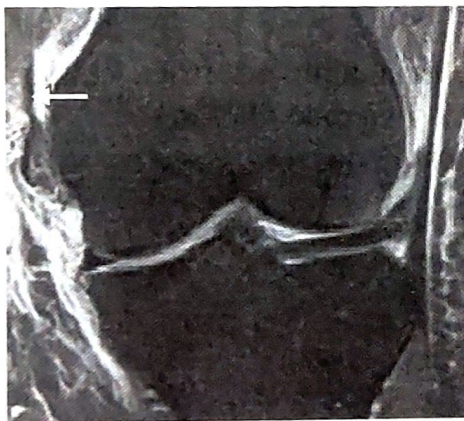
- Bất tương xứng, rộng khe khớp.
- Bong điểm bám dây chằng.
- Mảnh xương trong khớp.



Hình 2. Hình ảnh bong điểm bám dây chằng

Chụp cắt lớp vi tính vùng khớp gối có thể được chỉ định cho những trường hợp gãy trật khớp gối để đánh giá thêm các tổn thương xương, phân loại thương tổn.

Chụp cộng hưởng từ giúp phát hiện các tổn thương gân cơ, sụn chêm và dây chằng để đưa ra kế hoạch điều trị phù hợp.



A



B

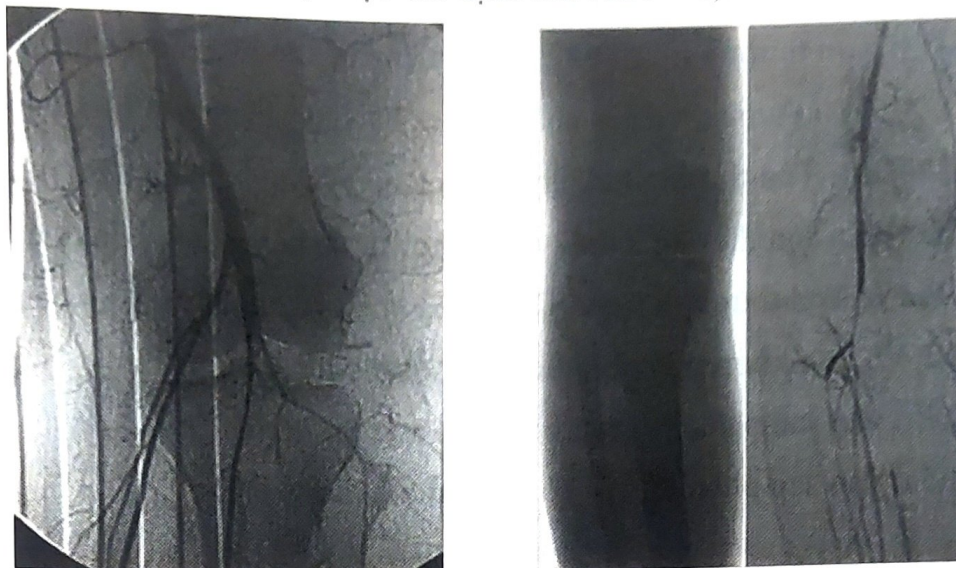
Hình 3. Hình ảnh tổn thương dây chằng khớp gối trên cộng hưởng từ (A. Đứt dây chằng bên ngoài; B. Đứt dây chằng chéo sau)

Các phương pháp thăm dò cận lâm sàng để phát hiện tổn thương mạch máu:

- Siêu âm Doppler mạch nhằm xác định các dấu hiệu trực tiếp và gián tiếp của tổn thương bó mạch trong trật khớp gối. Ngoài ra siêu âm Doppler còn có thể đánh giá được chỉ số ABI.

- Chụp mạch là biện pháp hiệu quả để chẩn đoán xác định tổn thương mạch máu trong trật khớp gối, tuy nhiên là một can thiệp xâm lấn, chỉ định trong các trường hợp lâm sàng không có biểu hiện thiếu máu chi cấp tính nhưng chỉ số ABI < 0,9.

- Chụp cắt lớp vi tính dựng hình mạch máu là biện pháp chẩn đoán có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, không xâm lấn, được chỉ định khi ABI < 0,9.



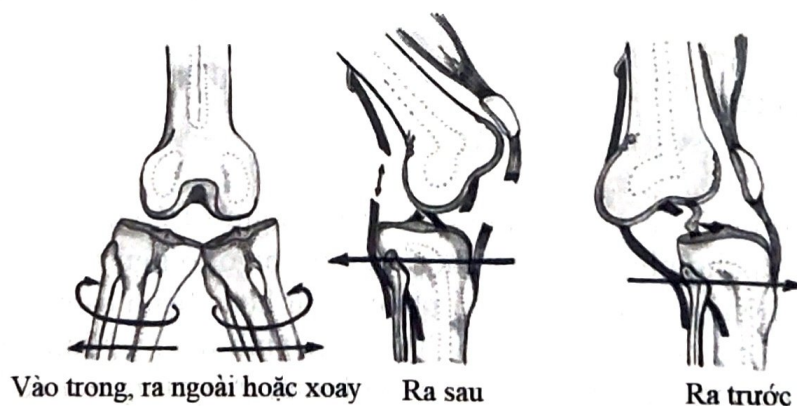
Hình 4. Hình ảnh tổn thương mạch khoeo trên phim chụp mạch

3. PHÂN LOẠI

Nhiều hệ thống phân loại trật khớp gối được mô tả. Phân loại trật khớp gối dựa vào vị trí tương đối của mâm chày so với lồi cầu đùi ở thời điểm khớp gối bị trật được mô tả bởi Kennedy. Tuy nhiên, nhiều người bệnh trật khớp gối đã tự nắn trật hoặc được nắn trật trước khi đến viện nên cách phân loại này khó khả thi. Bởi vậy, phân loại trật khớp gối theo tổn thương giải phẫu của Schenk và được bổ sung bởi Wascher thường được áp dụng.

- Phân loại trật khớp gối theo Kennedy gồm năm thể:

- + Trật khớp gối ra trước
- + Trật khớp gối ra sau
- + Trật khớp gối vào trong
- + Trật khớp gối ra ngoài
- + Trật khớp gối kiểu xoay



Hình 5. Phân loại trật khớp gối theo Kennedy

- Phân loại trật khớp gối dựa vào tổn thương giải phẫu của Schenk và được bổ sung bởi Wascher:

- + Độ KD I: Tổn thương một trong hai dây chằng chéo và dây chằng bên.
- + Độ KD II: Tổn thương hai dây chằng chéo, hai dây chằng bên không tổn thương.
- + Độ KD IIIM: Tổn thương hai dây chằng chéo và dây chằng bên trong.
- + Độ KD IIIL: Tổn thương hai dây chằng chéo và dây chằng bên ngoài.
- + Độ KD IV: Tổn thương cả hai dây chằng chéo và hai dây chằng bên.
- + Độ KD V: Trật khớp gối kèm theo gãy xương diện khớp.
- + C: Thêm vào sau phân độ khi có tổn thương mạch máu.
- + N: Thêm vào sau phân độ khi có tổn thương thần kinh.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Cấp cứu ban đầu

Cần tiến hành việc nắn trật khớp gối ngay lập tức cho những trường hợp trật khớp gối có dấu hiệu tổn thương mạch rõ ràng như mất mạch chày trước, chày sau. X quang khớp gối trước khi nắn là chống chỉ định với những trường hợp này vì làm chậm trễ việc nắn trật, kéo dài thời gian thiếu máu chi.

Ở người bệnh có dấu hiệu thiếu máu ngoại vi chi thể rõ ràng ngay cả sau khi nắn trật khớp gối thì cần hội chẩn phẫu thuật viên chuyên khoa mạch máu chỉ định mổ cấp cứu để tái lập lưu thông tuần hoàn càng sớm càng tốt mà không cần đến các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác.

Ở người bệnh sau nắn trật mà mạch đập lại rõ, và ở người bệnh không có dấu hiệu thiếu máu ngoại vi rõ ràng thì nên cho cố định tạm thời ở tư thế gấp gối 30 độ, gác cao chân và chườm lạnh, đánh giá chỉ số ABI. Theo dõi lâm sàng chặt chẽ, siêu âm Doppler và chụp mạch có thể cần thiết để xác định hoặc để loại trừ tổn thương mạch.

Trật khớp gối không có tổn thương mạch, sau khi được nắn trật và bất động tạm thời, cần được thăm khám bởi các chuyên gia chấn thương chỉnh hình để có thái độ điều trị phù hợp.

4.2. Điều trị bảo tồn

Chỉ định:

Điều trị bảo tồn ít được chỉ định cho những người trẻ với nhu cầu hoạt động thể lực mạnh, thường là cho những trường hợp trật khớp gối ở người lớn tuổi, trật khớp gối ở người bệnh có chống chỉ định điều trị phẫu thuật hoặc bệnh cảnh đa chấn thương mà trong đó có các chấn thương khác nguy hiểm đến tính mạng. Nhược điểm của điều trị bảo tồn là cần bất động lâu dài, yếu cơ, cứng khớp, mất vững gối và kết quả phục hồi thường kém.

Kỹ thuật:

Điều trị bảo tồn trật khớp gối bao gồm việc nắn trật khớp gối, bất động khớp gối khoảng 3-6 tuần bằng bó bột hoặc dùng nẹp khóa gối ở tư thế gấp 20-30 độ, sau đó là thực hiện phục hồi chức năng sau mổ theo từng giai đoạn để phục hồi lại biên độ vận động của khớp và sức mạnh cơ.

Kỹ thuật nắn kín:

- Trật ra trước: Kéo chân và đẩy đầu dưới xương đùi ra trước.
- Trật ra sau: Kéo chân, duỗi gối và đẩy đầu trên xương chày ra trước.
- Trật ra trong, ra ngoài: Kéo chân và đẩy đầu trên xương chày.
- Trật xoay: Kéo chân và xoay ngược lại hướng thương tổn.

Phục hồi chức năng:

- Trường hợp điều trị bảo tồn, việc tập phục hồi chức năng sớm rất hạn chế.
- Trong thời gian bất động, bệnh nhân cần được hướng dẫn gồng cơ tứ đầu trong bột, tập khỏe các khối cơ căng chân.
- Sau khoảng 4 tuần, bệnh nhân được tháo bột và thay bằng nẹp khóa khớp gối để tập biên độ gối trong khoảng gấp gối từ 45 độ đến 90 độ.
- Khoảng 8 tuần sau chấn thương, khớp gối chỉ cần được bất động tối thiểu bằng băng chun. Lúc này, bệnh nhân cần được tập tích cực biên độ khớp. Cùng với đó là tập sức cơ bằng các bài tập tạ, đạp xe. Điều trị đau trong thời gian này là hết sức quan trọng.

4.3. Điều trị phẫu thuật

4.3.1. Mổ cấp cứu

- Trật hở khớp gối: Mục đích chính là làm sạch, đặt lại, cố định tạm thời khớp gối.
- Trật khớp gối có tổn thương mạch máu: Là một tối cấp cứu. Trật khớp gối tổn thương mạch khoeo mà thiếu máu chi trên 8 giờ thì tỷ lệ cắt cụt chi lên tới 86%. Trong trường hợp này, mổ cấp cứu nhằm đặt lại khớp gối, cố định tạm thời, phục hồi lưu thông mạch máu, mở cân căng chân. Cố định tạm thời có thể sử dụng kim Kirschner hoặc khung cố định ngoài nhằm rút ngắn thời gian thiếu máu chi. Sự phối hợp nhuần nhuyễn giữa phẫu thuật viên chấn thương và mạch máu là rất cần thiết để đưa ra chiến lược cũng như đường bọc lộ hợp lý, thuận tiện.
- Trật khớp gối kèm theo chèn ép khoang căng chân: Đặt lại, cố định tạm thời khớp gối, mở cân căng chân, kiểm tra tổn thương mạch máu.
- Nắn trật thất bại: Thường gặp trong trật gối kiểu xoay, lồi cầu trong xương đùi trật qua đường rách bao khớp trước trong và bị mắc kẹt như “cúc áo”.

4.3.2. Mổ có kế hoạch

Điều trị trật khớp gối chứng kiến nhiều thay đổi do sự phát triển của phẫu thuật cũng như nhu cầu của bệnh nhân đòi hỏi kết quả phục hồi cao hơn. Mục tiêu của điều trị

trật khớp gối gồm: Gối vững, không đau, biên độ vận động khớp tốt, cơ khỏe. Điều trị phẫu thuật khắc phục được những nhược điểm của điều trị bảo tồn, thỏa mãn được các yêu cầu của mục tiêu điều trị. Tuy nhiên, chỉ định phẫu thuật phải chặt chẽ và phục hồi chức năng sau mổ góp phần quan trọng vào kết quả điều trị.

Điều trị phẫu thuật trong trật khớp gối bao gồm sửa chữa các tổn thương sụn chêm và làm vững khớp gối thông qua việc tái tạo hoặc khâu lại hệ thống dây chằng bị tổn thương. Trật khớp gối gây ra tổn thương đa dây chằng, như vậy, việc thăm khám lâm sàng kết hợp cận lâm sàng nhằm đánh giá chính xác dây chằng tổn thương và mức độ tổn thương rất quan trọng để đưa ra chỉ định hợp lý. Bên cạnh đó, thời điểm phẫu thuật, phục hồi dây chằng bằng cách tái tạo hay khâu lại cũng cần được cân nhắc. Khâu lại dây chằng có thể kèm theo phương tiện gia cố bên trong thường được áp dụng với các tổn thương bong điểm bám dây chằng kèm mảnh xương hoặc đứt tại điểm bám dây chằng. Thời điểm phẫu thuật phụ thuộc vào từng bệnh nhân cũng như thương tổn tại gối. Ví dụ với trường hợp tổn thương dây chằng chéo trước và dây chằng bên trong thì cần mổ mở sớm sửa chữa lại dây chằng bên trong hoặc điều trị bảo tồn với những trường hợp tiên lượng dây chằng bên trong có thể tự liền được. Bất động tư thế duỗi trong 2 tuần đầu bằng bột. Sau đó chuyển sang dùng nẹp khóa gối dạng bản lề. Mổ nội soi tái tạo lại dây chằng chéo trước muộn sau khi biên độ vận động khớp gối trở lại bình thường.

4.3.3. Phục hồi chức năng

Phục hồi chức năng sau trật khớp gối phụ thuộc vào từng loại tổn thương dây chằng cụ thể và phương pháp điều trị. Bất kể loại trật khớp gối nào, bệnh nhân đều phải đối mặt với quá trình tập phục hồi chức năng lâu dài, khó khăn và gian khổ, trở lại hoạt động đầy đủ mất 9-12 tháng. Với vận động viên, ngay cả khi tuân thủ luyện tập phục hồi chức năng toàn diện thì việc trở lại thi đấu đỉnh cao với phong độ như cũ là rất khó khăn.

Các bài tập được chỉ định riêng cho các tổn thương dây chằng cụ thể. Nhìn chung, trong 6 tuần đầu sau mổ, bệnh nhân được bất động với nẹp khóa khớp gối được giới hạn gấp là 70 độ. Mục tiêu trong những tuần này là duỗi hết tầm, tập gồng cơ tứ đầu, các khối cơ cẳng chân. Đi lại trong 6 tuần đầu tiên nên có nạng trợ đỡ nhưng khuyến khích chịu lực nếu không có gãy xương kèm theo. Từ tuần 7-10, tháo nẹp gối và tập gấp gối tối đa, tiếp tục tập các bài giúp tăng cường sức cơ. Từ tuần 11, biên độ vận động gối được phục hồi hoàn toàn.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày phân loại, cơ chế chấn thương, tổn thương giải phẫu của trật khớp gối do chấn thương?

Câu 2. Trình bày chẩn đoán trật khớp gối?

Câu 3. Trình bày nguyên tắc điều trị trật khớp gối?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Trung Dũng (2020), *Chẩn đoán và điều trị gãy xương, trật khớp chi dưới*, Nhà xuất bản Y học.
2. Trịnh Văn Minh (2011). *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
3. Sterry Canale, Jame H. Beaty (2007), *Campbell's operative orthopaedics, 11th, edition*, An imprint of Elsevier.
4. Robert W.B, James D.H, Charles C.B (2006), *Rockwood and Green's fractures in adults, 6th edition*, Lippincott Williams and Wilkins.
5. Browner B, Jupiter J.B, Levin A.M, Trafton P.G (2003), *Skeletal trauma: basic science, management and reconstruction, 3rd edition*, An imprint of Elsevier.
6. Koval K.J, Zuckerman J.D (2006), *Handbook of fracture, 3rd edition*, Lippincott Williams and Wilkins.

SỎI TIẾT NIỆU

Hoàng Long, Nguyễn Đình Liên

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán sỏi đài bể thận.
2. Nêu đúng các chỉ định điều trị sỏi đài bể thận.
3. Mô tả được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán sỏi niệu quản.
4. Nêu được chỉ định của các phương pháp điều trị sỏi niệu quản.

NỘI DUNG

1. DỊCH TỄ HỌC

- Sỏi tiết niệu chiếm 45 - 50% các bệnh tiết niệu ở Việt Nam và có tần suất mắc là 0,5 - 2‰ dân số.
- Tỷ lệ bệnh nhân nam (60%) cao hơn nữ (40%). Tuổi thường gặp từ 30 - 60 tuổi, chiếm tỷ lệ 75 - 80%.
- Các yếu tố địa dư, khí hậu và chế độ ăn uống ảnh hưởng đến sự hình thành sỏi.

2. NGUYÊN NHÂN SINH BỆNH

2.1. Cấu trúc, thành phần hóa học của sỏi tiết niệu

- Sỏi oxalat calci (whewellite), phosphat calci (carapatite) chiếm 65 - 70%.
- Sỏi phosphat amoni magnesi - PAM (struvite) do vi khuẩn lên men urê (kiềm hóa nước tiểu) gây nên (15 - 20%).
- Một số ít sỏi do chuyển hóa: acid uric (10%), cystin.
- Cấu trúc của sỏi là mạng chất hữu cơ (matric organique) như muco polysaccharid, mucoprotein, glycoprotein cùng với sự lắng đọng các chất vô cơ như can xi, phosphat theo nghiên cứu của Lichwitz (1928), Meyers (1952), Boyce (1956).

2.2. Nguyên nhân hình thành sỏi tiết niệu

- Rối loạn chuyển hóa gây tăng can xi máu và can xi niệu.
- Thay đổi pH nước tiểu (bình thường là 5,6 - 6,3).
- Dị dạng đường tiết niệu bẩm sinh hoặc hẹp đường tiết niệu mắc phải gây ứ đọng nước tiểu tạo điều kiện thuận lợi hình thành nên sỏi.
- Đa số các trường hợp sỏi can xi không rõ nguyên nhân, một số tăng can xi do chế độ ăn uống, bệnh lý như mất nước, nằm bất động lâu, tăng can xi niệu gây sỏi hoặc do cường tuyến cận giáp gây tăng can xi, hạ phospho.

2.3. Cơ chế tạo sỏi tiết niệu

- Thuyết quá mức bão hòa các chất vô cơ trong nước tiểu (theo Marangella và Vermeulen, 1966).
- Thiếu yếu tố ức chế kết tinh (theo Scott, Robertson và Thomas Howard).
- Tổn thương đường tiết niệu tạo nên cấu trúc hữu cơ (Lichtwitz, Meyer, Boyce).
- Sinh sỏi do nhiễm khuẩn (theo Griffith và Brisset).
- Hấp thu nhiều các chất tạo sỏi (a xít uric, oxalat).

2.4. Hậu quả của sỏi thận

- Khi có sỏi trong đài bể thận hay ở một nhóm đài thận sẽ làm tăng áp bao Bowman (Pb) trong bể thận hoặc một nhóm đài thận gây ra suy giảm áp lực lọc (Pl) cho toàn bộ thận hoặc một phần thận bị tắc nghẽn. Để tăng Pl thì cơ thể phải kích hoạt hệ thống Renin - Angiotensin để tăng Ph, do đó có thể làm tăng huyết áp nếu sự tắc nghẽn không được giải quyết.

- Áp lực lọc của thận được tính theo công thức: $Pl = Ph - (Pk + Pb)$

3. SỎI THẬN

3.1. Đặc điểm sỏi đài - bể thận

- Sỏi thận hay sỏi đài bể thận chiếm tỉ lệ 70 - 75% sỏi tiết niệu và có cấu trúc đa số là sỏi can xi (calci oxalat, calci phosphat hay hỗn hợp calci oxalat - phosphat) chiếm tỉ lệ 65 - 70%. Sỏi phosphat amoni magnesi (PAM) chiếm 15 - 20%.

- Sỏi đài thận hình tròn hay đa giác, thường gặp một hoặc nhiều viên nằm ở đài dưới hay đài giữa thận.

- Sỏi bể thận có hình tam giác hay đa diện thường có kích thước 10 - 30 mm, khuôn theo hình bể thận với đầu nhọn quay hướng về phía cột sống.

- Sỏi nằm lấp kín cả đài - bể thận được gọi là sỏi san hô thường có kích thước 30 - 40 mm.

- Khi để muộn, sỏi đài bể thận sẽ gây biến chứng nhiễm khuẩn tiết niệu, giãn đài bể thận và suy thận.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

3.2.1. Cơ năng

- Đau âm ỉ thắt lưng khi sỏi đài thận hoặc sỏi san hô chưa gây tắc nghẽn.

- Con đau quặn thận điển hình khi sỏi gây tắc nghẽn bể thận - niệu quản hoặc có viên sỏi từ thận di chuyển xuống niệu quản. Con đau đột ngột, dữ dội, lan xuống hố chậu, bẹn, kèm theo nôn và bụng trướng.

- Đái ra máu do sỏi di chuyển khi vận động hay do nhiễm khuẩn gây tổn thương niêm mạc và vi mao mạch dưới niêm mạc của đài bể thận sẽ xuất hiện chảy máu.

- Biểu hiện thiếu niệu, vô niệu khi sỏi tắc nghẽn bể thận hai bên hoặc một bên trên thận duy nhất.

3.2.2. Toàn thân

- Giai đoạn chưa có biến chứng, ít có biểu hiện toàn thân.

- Nếu có biểu hiện nhiễm khuẩn tiết niệu: Bệnh nhân sốt cao 38 - 39°C, đi tiểu đục và có thể tiến triển tới tình trạng sốc nhiễm trùng.

- Tăng huyết áp.

- Nếu trong trường hợp thận duy nhất, thận đối bên teo, mất chức năng, bệnh nhân sẽ có biểu hiện suy thận: mệt mỏi, lơ đãng, hôn mê.

3.2.3. Thực thể

- Khám có thể phát hiện thận to khi sỏi gây tắc nghẽn.

- Nghiệm pháp vô hồng lưng (+) khi có ứ mủ thận.

- Phát hiện các thương tổn, bệnh lý phối hợp.

Tiền sử: Bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị sỏi tiết niệu.

3.3. Phương tiện chẩn đoán, hình ảnh chẩn đoán xác định

3.3.1. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị

- Chẩn đoán xác định cho sỏi cản quang (Sỏi can xi): hình dạng, số lượng, vị trí tương đối của sỏi với đài bể thận.

- Sỏi không cản quang (sỏi a xít uric) không hiện hình trên phim, nhưng có thể thấy bóng thận to nếu có ứ nước, ứ mủ thận.

3.3.2. Siêu âm ổ bụng

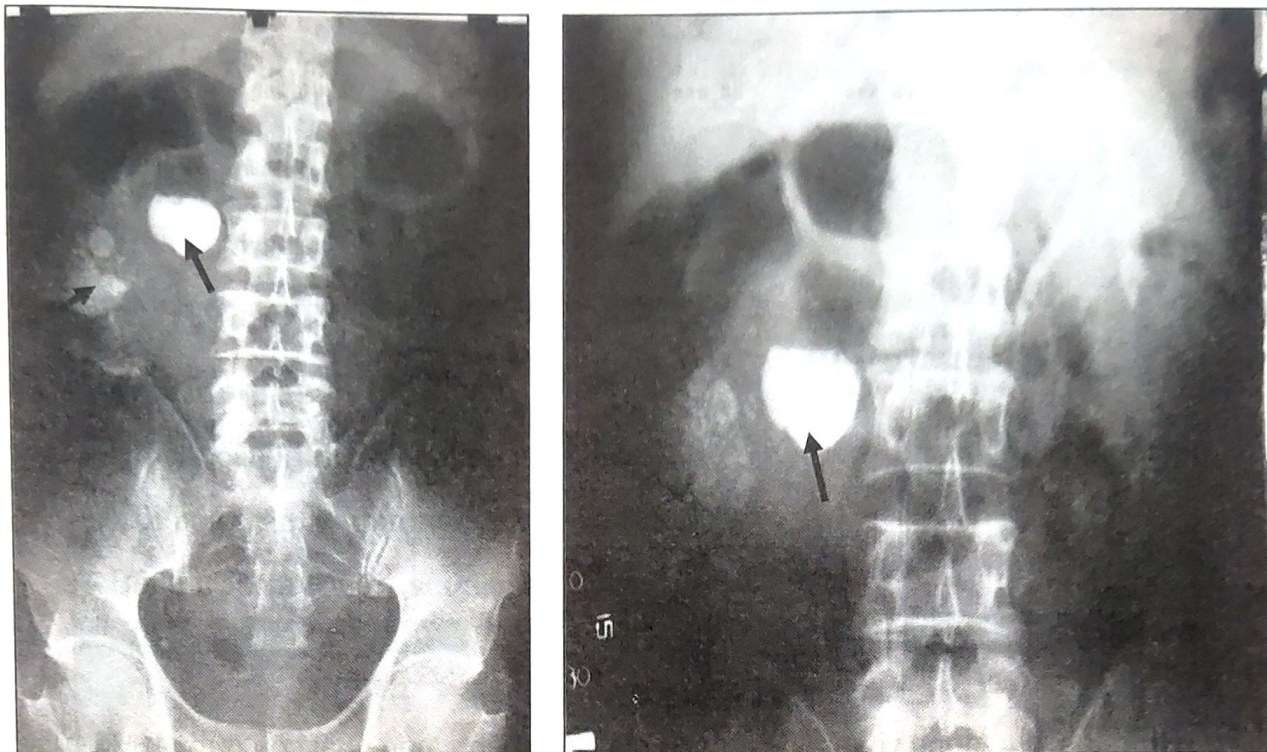
Ghi nhận hình ảnh đậm âm của sỏi có bóng cản âm phía sau. Đánh giá kích thước sỏi và mức độ giãn đài bể thận. Qua tỷ trọng của dịch trên siêu âm sẽ định hướng tới khả năng thận ứ nước (đồng nhất) hay ứ mủ (không đồng nhất và tăng âm hơn). Ngoài khảo sát hệ tiết niệu, siêu âm còn tầm soát các bệnh lý cơ quan khác trong ổ bụng.

3.3.3. Chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV)

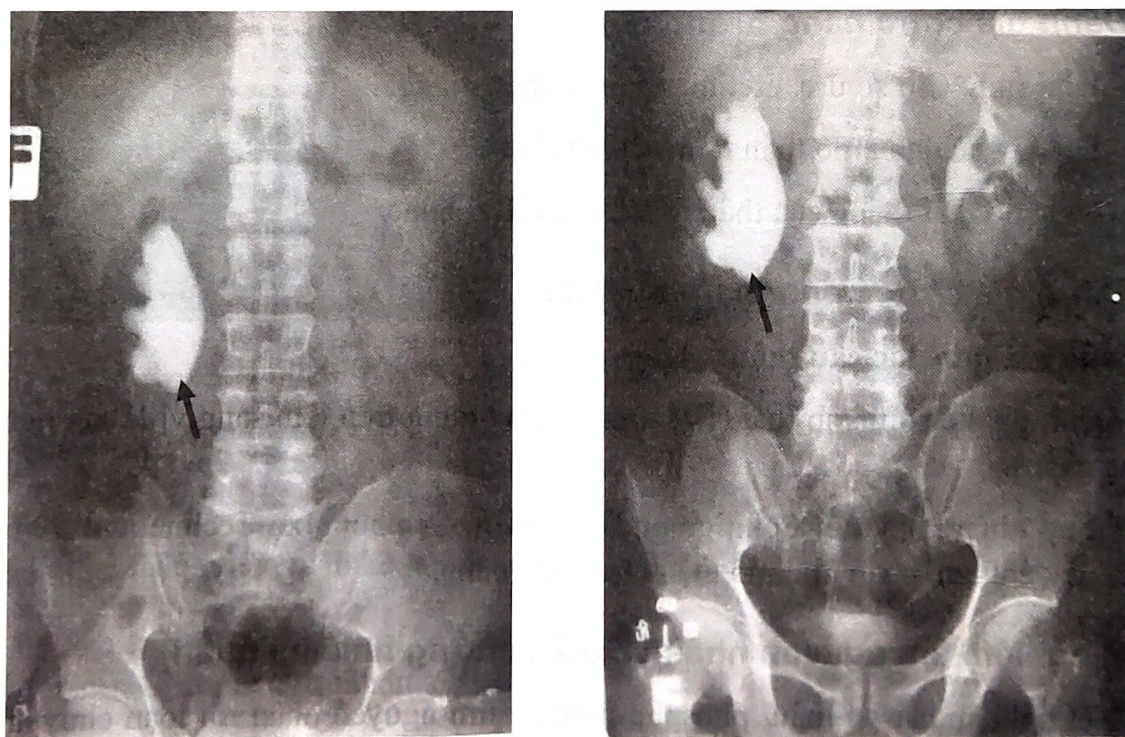
UIV xác định hình thể và vị trí của sỏi tương ứng với đài bể thận. Đánh giá chức năng, hình thái thận có sỏi, đồng thời có thể phát hiện các dị dạng của thận và đài bể thận như thận xoay dờ dang, thận đôi, thận móng ngựa, hẹp bể thận - niệu quản và thận lạc chỗ.

3.3.4. Chụp CT Scanner, MSCT Scanner

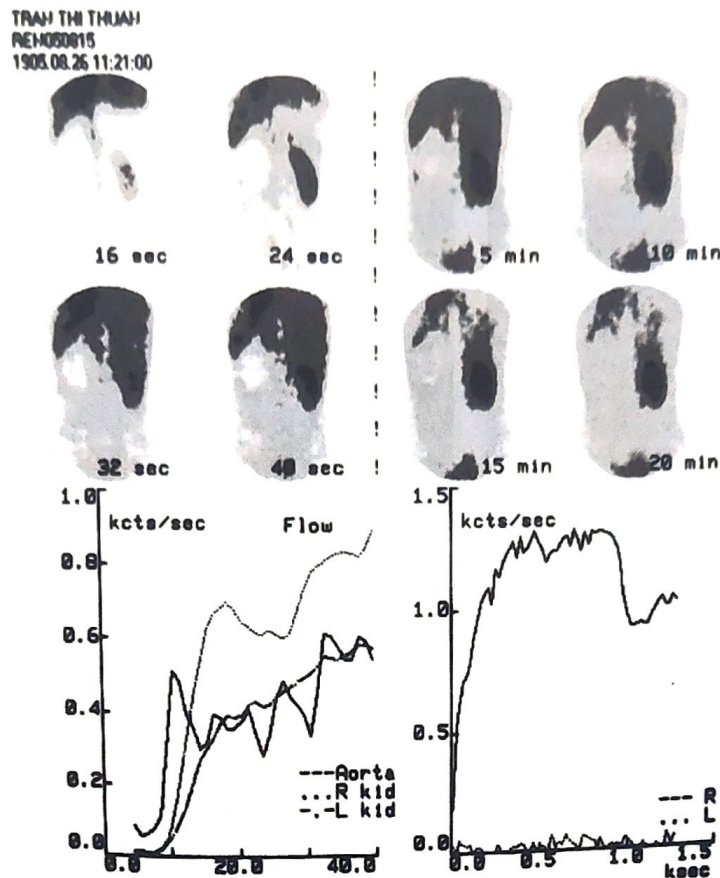
Chụp CT Scanner đánh giá chính xác chức năng, hình thái thận hai bên. Đồng thời có thể tầm soát chính xác các bệnh lý, bất thường khác trong ổ bụng.



Hình 1. Sỏi đài thận dưới và bể thận phải trên phim chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị (hình trái) và chụp niệu đồ tĩnh mạch (hình phải)



Hình 2. Sỏi đài bể thận phải/ hẹp chỗ nối bể thận niệu quản bẩm sinh trên chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị (hình trái) và chụp niệu đồ tĩnh mạch (hình phải)



Hình 3. Chụp đồng vị phóng xạ đánh giá chức năng thận phải còn dưới 10%

3.4. Xét nghiệm đánh giá chức năng thận

3.4.1. Đánh giá chức năng tương đối

- Hóa sinh: Chỉ số ure, creatinin máu và điện giải đồ.
- Độ dày của nhu mô thận trên siêu âm, UIV.
- Mức độ thải thuốc của thận trên UIV, CT Scanner.

3.4.2. Đánh giá chức năng thận tuyệt đối

Đánh giá mức lọc cầu thận:

- Đánh giá hệ số thanh thải (Hiện nay ít ứng dụng trên lâm sàng vì là xét nghiệm gây sang chấn).
- Chụp nhấp nháy đồ (Scintigraphy) với đồng vị phóng xạ Technetium 99m khi cần thiết để đánh giá phần nhu mô thận còn chức năng.

3.5. Xét nghiệm tìm nguyên nhân và biến chứng nhiễm khuẩn

- Xét nghiệm can xi máu/ phospho máu để tìm nguyên nhân rối loạn chuyển hóa can xi, cường tuyến cận giáp..
- Định lượng axit uric để tìm nguy cơ từ bệnh rối loạn chuyển hóa nhân purin.

- Tìm vi khuẩn bội nhiễm đường tiết niệu: Tổng phân tích nước tiểu hoặc soi, nuôi cấy vi khuẩn.

3.6. Chẩn đoán xác định

- Vị trí: bên phải, bên trái hay hai bên; Sỏi đài: trên, giữa, dưới hoặc rải rác các nhóm đài thận.

- Kích thước: sỏi nhỏ < 2cm hay $\geq$ 2cm.

- Hình dạng: tam giác; nhiều góc cạnh (Sỏi san hô).

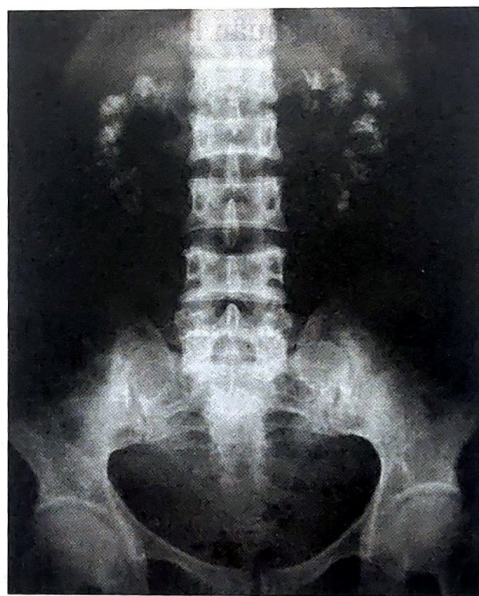
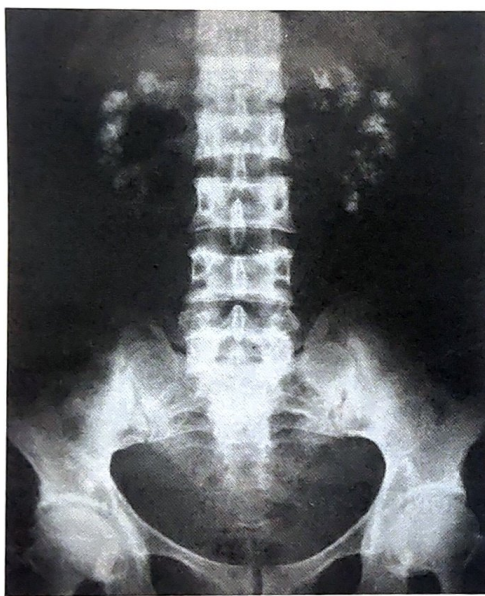
- Gây biến chứng: nhiễm khuẩn, ứ nước - ứ mủ, suy thận,...

3.7. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm can xi thận (nephrocalcinosis) lắng đọng can xi ở cầu thận, ống thận.

- Vôi hóa thận do thương tổn cũ (lao, chấn thương).

- Bệnh Cacchi Ricci - sỏi nhỏ trước đài thận do thận bột.



Hình 4. Sỏi nhỏ trước đài thận (bệnh Cacchi Ricci)

3.8. Biến chứng

3.8.1. Nhiễm khuẩn tại nhu mô thận (Tổn thương chất lượng đơn vị cầu thận): viêm đài bể thận, viêm thận kẽ, viêm hẹp cổ đài thận.

3.8.2. Tác nghẽn và suy giảm thể tích nhu mô thận (Tổn thương số lượng đơn vị cầu thận): Ứ nước, ứ mủ thận, áp xe thận.

3.8.3. Tổn thương xung quang thận: Viêm quanh thận xơ hóa (fibrose - xanthogranulomatose).

3.8.4. Tổn thương hệ thống cạnh tiểu cầu thận, giảm tưới máu tới nhu mô, kích hoạt hệ thống Renin - Angiotensin: Cao huyết áp, teo thận.

3.8.5. Giảm chức năng lọc của hệ tiết niệu mất bù: Suy thận do sỏi thận hai bên gây tắc nghẽn hoặc sỏi thận gây tắc nghẽn trên: thận duy nhất; thận đối bên có sỏi niệu quản; thận đối bên teo.

3.9. Điều trị

3.9.1. Nội khoa, dự phòng

3.9.1.1. Dự phòng sỏi

- Chế độ ăn uống nhiều nước, trên 2 lít/ngày.
- Chế độ ăn hạn chế thức ăn nhiều can xi, oxalat như sữa, phomat, chè

3.9.1.2. Điều trị nội khoa

- Sỏi thận nhỏ, sỏi đài dưới không có triệu chứng không cần thiết can thiệp.
- Điều trị nhiễm khuẩn Proteus, điều chỉnh pH nước tiểu kiềm (sỏi PAM).
- Hạn chế protid động vật, điều trị bằng allopurinol đối với sỏi a xít uric.
- Các sản phẩm hỗ trợ hoặc thuốc y học cổ truyền sản xuất từ thảo dược: Kim tiền thảo, râu mèo, bông mã đề,....

3.9.1.3. Khi sỏi di chuyển gây cơn đau quặn thận

- Thuốc kháng sinh (Nhóm quinolone), giảm đau, giãn cơ.
- Nhóm thuốc lợi niệu nhẹ: Thiazid..
- Nhóm thuốc chẹn kênh can xi: Nifedipine
- Nhóm thuốc chẹn kênh alpha 1 (Ức chế alpha-adrenergic): Tamsolusin.

3.9.2. Điều trị can thiệp không xâm lấn

3.9.2.1. Tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL)

- Hiện thường chỉ định cho sỏi đài bể thận < 20mm, không có biểu hiện nhiễm trùng, lưu thông bể thận - niệu quản tốt.

- Tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL): Là bước tiến mới trong cuộc cách mạng khoa học kỹ thuật về điều trị sỏi thận. Năm 1974, các thầy thuốc người Đức (Đại học Saarbrücken Munich) nghiên cứu tán sỏi thận bằng xung các sóng điện. Năm 1980, máy tán sỏi thận Dornier HM3 bằng xung các sóng thủy điện ra đời (người bệnh phải ngâm mình trong nước không dẫn điện nhiệt, không bốc hơi degazoic). Năm 1985, ra đời thế hệ máy thứ hai có nguồn năng lượng phát ra từ các thỏi thạch anh xếp hình chòm cầu, năng lượng được hội tụ tại một điểm là sỏi thận. Năm 1986, thế hệ máy áp điện (piezoelectric), điện từ trường (electromagnetic) dựa trên nguyên lý hiện đại các bộ phận phát sóng xung

(người bệnh không phải ngâm mình trong nước) và có máy định vị siêu âm, X quang, máy tính điện tử, hiệu quả máy tán sỏi ngày càng cao.

- Các sỏi đài bể thận nhỏ (đường kính ≤ 20 mm), bể thận không giãn không bị nhiễm khuẩn, chức năng hình thái thận tốt đều có chỉ định tán sỏi ngoài cơ thể. Một lần ESWL với 3000 xung đập vào sỏi, thời gian chừng 45 phút. Sỏi thận vỡ thành mảnh nhỏ đường kính dưới 4 mm sẽ theo đường bài tiết thải ra khi đi tiểu.

3.9.2.2. Tán sỏi thận qua nội soi niệu quản ngược dòng (RIRS)

- Đây một kỹ thuật cao đi ngược dòng theo đường tự nhiên từ niệu đạo lên bàng quang, niệu quản và tới bể thận để tiếp cận và tán sỏi trong đài bể thận. Nguồn năng lượng tán sỏi ưu việt và hiệu quả nhất là laser.

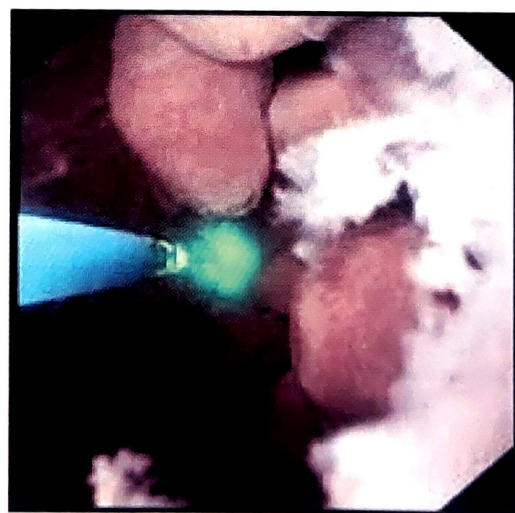
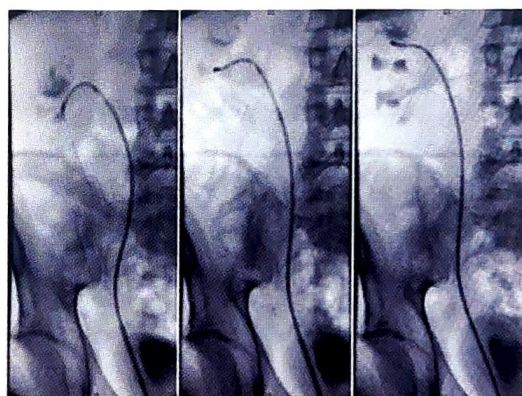
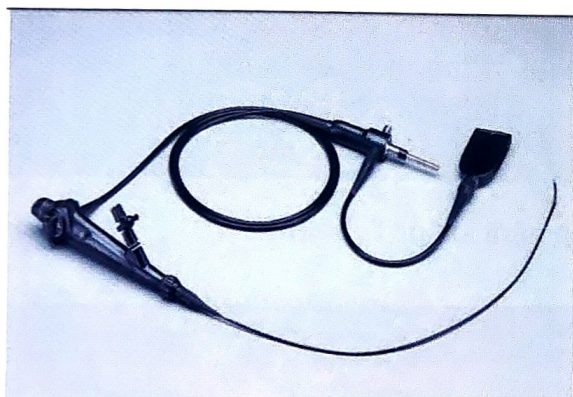
* Sử dụng ống nội soi mềm (FURS):

- Chỉ định cho:

+ Sỏi bể thận đơn thuần < 25 mm.

+ Sỏi khu trú ở các nhóm đài < 20 mm.

- Ưu điểm: Có thể tiếp cận sỏi ở mọi vị trí.



Hình 5. Tán sỏi trong thận qua nội soi ngược dòng ống mềm.

* Sử dụng ống nội soi bán cứng (URS):

- Chỉ định:
- + Khi bể thận giãn từ độ I - II.
- + Niệu quản không hẹp.
- + Vị trí sỏi: Ở bể thận, đài trên, giữa.

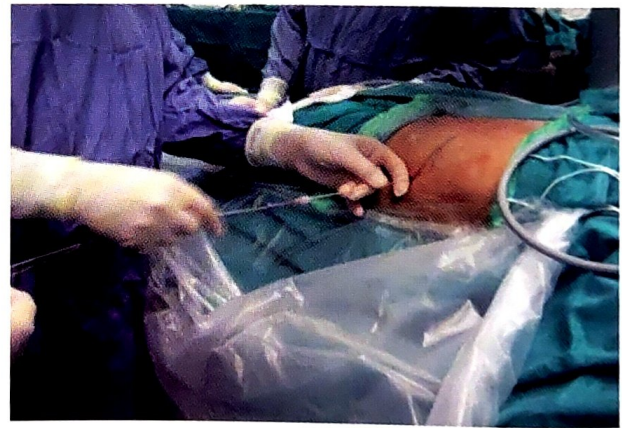
3.9.3. Điều trị can thiệp ít xâm lấn

3.9.3.1. Tán sỏi qua da

- Tán sỏi thận qua da (PCNL - Percutaneous Nephrolithotripsy) là một phương pháp can thiệp lấy sỏi có chỉ định và lợi ích hơn nhiều so với tán sỏi ngoài cơ thể. Phương pháp này tạo đường hầm qua da vùng thắt lưng vào đài bể thận. Qua đó dùng một máy nội soi thận đưa trực tiếp qua đường hầm vào tiếp cận và tán sỏi trực tiếp bằng năng lượng siêu âm hoặc laser. Phương pháp này có thể tán được những sỏi lớn, rắn ngay trong đài bể thận. Sau khi tán vỡ, mảnh sỏi sẽ được lấy hết qua bơm rửa đài bể thận và dẫn lưu bể thận qua da. Hiện nay PCNL cho phép giải quyết phần lớn sỏi thận thường gặp ở nước ta.

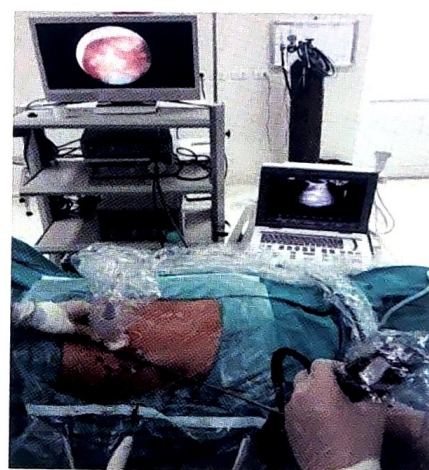
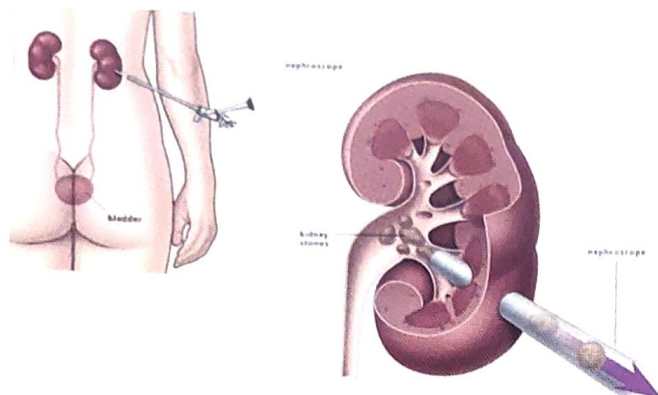
- Ưu điểm của PCNL là đảm bảo yêu cầu ít xâm lấn, làm sạch sỏi trực tiếp và thay thế dần mổ mở đã thay đổi hoàn toàn quan điểm điều trị về sỏi có kích thước lớn và phức tạp, tăng cường bảo tồn chức năng thận so với mổ mở truyền thống, hạn chế xâm lấn. Có hai phương pháp định vị để tạo đường hầm qua da vào tới bể thận: Bằng X quang hoặc siêu âm. Sau đó đưa hệ thống nội soi với kênh dẫn nước, kênh đưa nguồn năng lượng vào để tán sỏi.

- Định vị bằng X quang (C.arm):



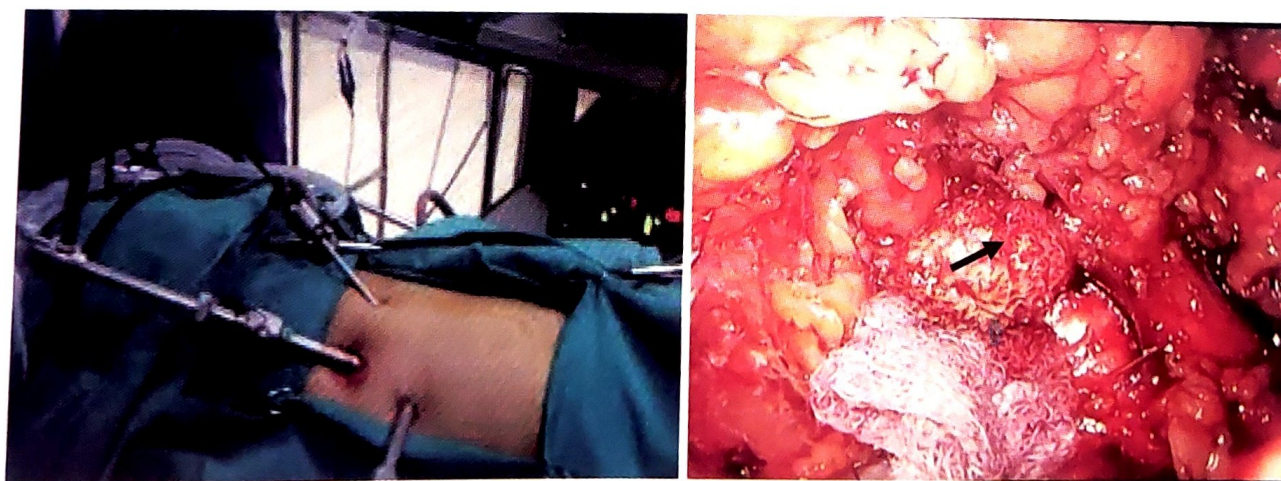
Hình 6. Tán sỏi thận qua da định vị bằng X quang

- Định vị bằng siêu âm:



Hình 7. Tán sỏi thận qua da định vị bằng siêu âm.

3.9.3.2. Phẫu thuật nội soi



Hình 8. Hình ảnh phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi bể thận

- Đường hoàn toàn sau phúc mạc (Hiện thường áp dụng): Bệnh nhân mổ lần đầu.
- Đường hoàn toàn trong phúc mạc (Ít sử dụng): Bệnh nhân đã có mổ cũ đường sau phúc mạc hoặc phẫu thuật viên không thành thạo đường sau phúc mạc.

- Chỉ định :
- + Sỏi bể thận - niệu quản đơn thuần.
- + Sỏi bể thận ngoài xoang.
- + Cắt thận mất chức năng do sỏi.

3.9.3.3. Dẫn lưu thận tạm thời dưới hướng dẫn của siêu âm

- Chỉ định khi:
- + Nhiễm khuẩn do sỏi: Viêm đài bể thận, ứ mủ thận.
- + Thận ứ nước nặng.

- Mục đích để giải quyết tắc nghẽn cho thận tạm thời, điều trị hết nhiễm khuẩn để có thể xét tán sỏi thận qua da hoặc mổ mở ở cơ sở chưa có đủ điều kiện làm kỹ thuật cao).

3.9.4. Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định:
- + Sỏi đài bể thận có biến chứng đái máu do u thận trên sỏi, nhiễm khuẩn, viêm đài bể thận, thận ứ nước, ứ mủ, suy thận.
- + Sỏi san hô nhiều múi, nhiều cạnh, có biến chứng.
- + Sỏi thận lớn hai bên sẽ chỉ định mổ bên thận còn chức năng trước.
- + Sau các can thiệp khác thất bại: Tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi qua da.
- Phương pháp phẫu thuật tùy theo vị trí và kích thước sỏi:

Đường mổ thông dụng nhất là sườn thắt lưng



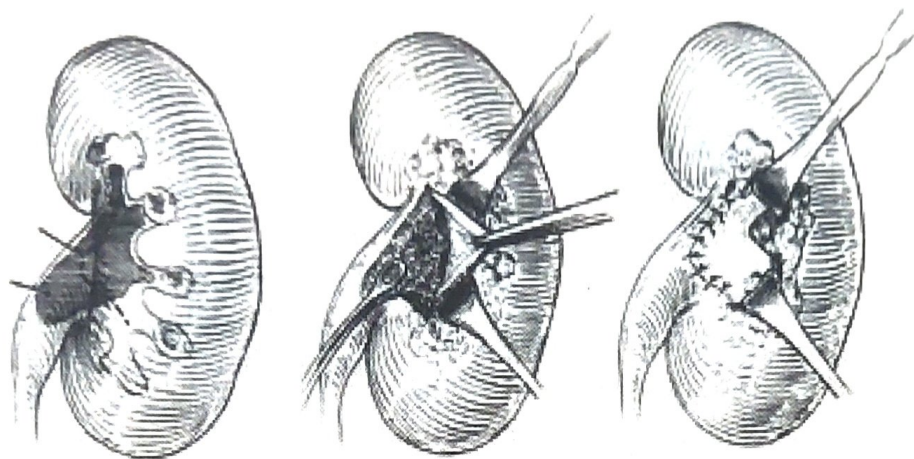
Hình các đường mổ sườn thắt lưng



Hình ảnh cắt các cơ vùng sườn lưng

Hình 9. Phẫu thuật mở đường mổ sườn - thắt lưng

+ Mỡ bề thận lấy sỏi với sỏi đài bể thận trung gian và ngoài xoang thận thuận lợi và an toàn, chiếm 70-75% các trường hợp sỏi thận.

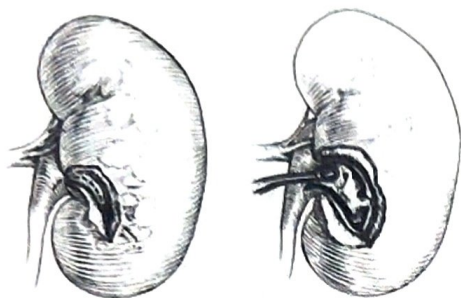


Hình 10. Mở bể thận trong xoang có vén rốn thận theo phương pháp của Gil - Vernet (1965)

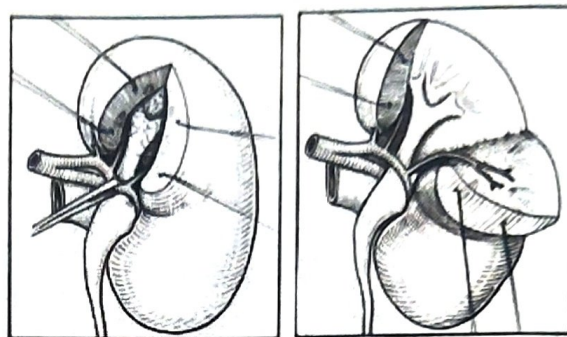


Hình 11. Sỏi san hô được lấy, mở bể thận chữ Y, vén rốn thận

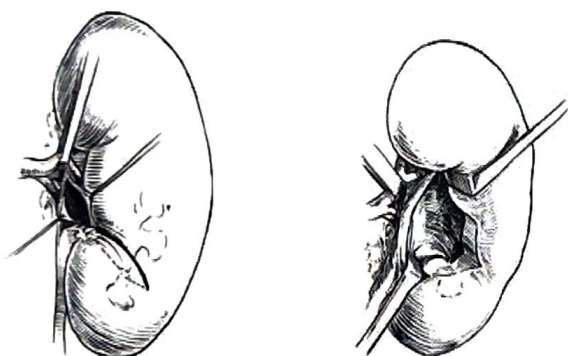
+ Mở bể thận rộng rãi: Phương pháp Gil Vernet với sỏi san hô lớn.



Đường mổ bể thận kéo dài vào nhu mô mặt sau theo Resnick.M.I (1981)



Đường mổ nan hoa vào đài trên theo phương pháp của Dufour.B (1970)



Đường mổ bể thận kéo dài vào nhu mô mặt sau theo Boyce.W.H (1969)



Đường mổ bể thận nhu mô cực dưới theo phương pháp Turner-Warwick (1969)

Hình 12. Các đường mổ mở bể thận - nhu mô lấy sỏi thận.

+ Mở bể thận và nhu mô cực dưới theo phương pháp Paquin, hay mở bể thận và nhu mô mặt sau cực dưới theo phương pháp Boyce, phương pháp Resnick.

+ Mở qua nhu mô thận lấy sỏi khi đài bể thận giãn hoặc thận ứ nước.

+ Mở nhu mô thận rộng rãi dọc bờ ngoài thận theo đường vô mạch Hryth chỉ định đối với sỏi san hô lớn phức tạp.

+ Cắt thận một phần có quy cách (xử trí nhánh động mạch cực thận cầm máu và cắt phần nhu mô do động mạch chi phổi) với sỏi thận trong xoang, sỏi khu trú đài bể thận chủ yếu là cực dưới.

+ Cắt thận toàn bộ khi thận mất chức năng, ứ nước, nhu mô giãn mỏng, ứ mủ do sỏi san hô phức tạp và trong trường hợp thận teo do sỏi gây biến chứng tăng huyết áp.

Hiện nay mổ mở điều trị sỏi thận đang bị thu hẹp và thay thế bởi sự phát triển của kỹ thuật tán sỏi thận qua da, phẫu thuật nội soi và tán sỏi nội soi bằng ống mềm.

4. SỎI NIỆU QUẢN

4.1. Đặc điểm sỏi niệu quản

- 80% do sỏi đài thận di chuyển xuống còn 20% được hình thành tại chỗ do viêm hẹp niệu quản hay dị dạng tiết niệu.

- Con đau quặn thận điển hình gặp khi sỏi di chuyển (con đau thắt lưng dữ dội và lan truyền ra trước, xuống dưới). Sỏi hay dừng trên chỗ hẹp tự nhiên như trên chỗ bắt chéo động mạch chậu, đoạn chậu hông, đoạn niệu quản thành bàng quang và gây biến chứng tắc nghẽn, giãn đài bể thận trên sỏi.

- Có cấu trúc như sỏi đài bể thận, sỏi thường có hình bầu dục nhẵn hay xù xì và thường gặp ở đoạn 1/3 dưới niệu quản (60-65%), có thể gặp một hay nhiều viên sỏi xếp thành chuỗi.

- Sỏi gây tổn thương niệu quản tại chỗ, viêm xơ chít hẹp ảnh hưởng tới niệu quản đoạn trên sỏi, gây biến chứng trên thận đài bể thận giãn ứ nước, ứ mủ và dần bị phá hủy.

4.2. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng điển hình là cơn đau quặn thận. Bệnh nhân đau từng cơn dữ dội vùng thắt lưng trong vài phút đến hàng giờ. Nếu không điều trị giảm đau thì bệnh nhân khó chịu đựng. Cơn đau thường lan rõ rệt: 1/3 trên lan xuống bộ phận sinh dục ngoài, 1/3 giữa thường lan xuống hố chậu.

- Bụng trướng, nôn, đi kèm theo cơn đau biểu hiện như tắc ruột cơ năng.

- Đái máu toàn bãi, nhẹ, thoáng qua.

- Đái rắt, đái buốt do kích thích khi sỏi niệu quản sát trong thành bàng quang.

- Triệu chứng toàn thân ít thay đổi khi có sỏi niệu quản một bên. Sốt cao khi sỏi gây tắc niệu quản và nhiễm khuẩn tiết niệu.

- Sỏi niệu quản hai bên hoặc sỏi thận một bên, sỏi niệu quản một bên sẽ khiến toàn trạng suy sụp nhanh, thiếu niệu, vô niệu, thận căng to, urê máu cao.

4.3. Chẩn đoán

- Dựa vào cơn đau quặn thận điển hình lan dọc theo niệu quản.

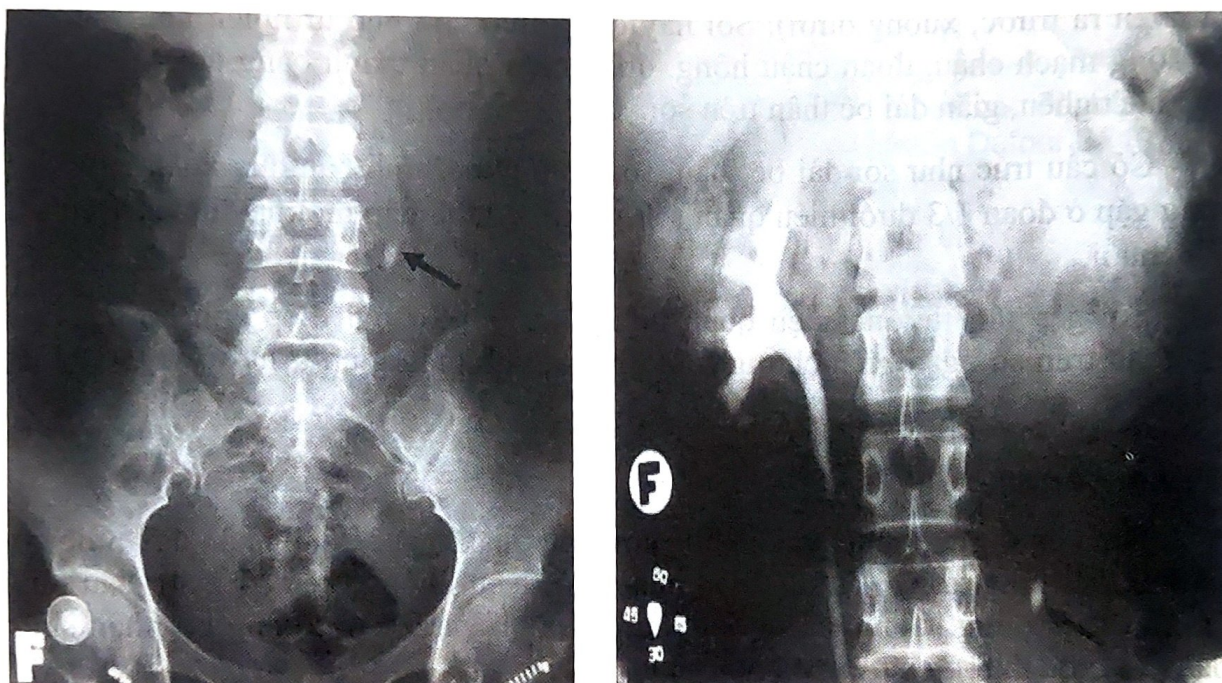
- Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu, tinh thể oxalat calci.

- Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị → hình cản quang trên đường đi của niệu quản.

- Siêu âm và chụp niệu đồ tĩnh mạch xác định vị trí, kích thước sỏi và đánh giá mức độ ứ nước, ứ mủ thận thường thấy đài bể thận giãn hình cầu, niệu quản đoạn trên sỏi giãn to hoặc thận không bài tiết. Thận bên đối diện chức năng bù trừ có hình thể đài bể thận rõ nét. Đồng thời còn phát hiện được các dị dạng thận - niệu quản đi kèm.

- Chụp niệu quản - bể thận ngược dòng có giá trị phát hiện sỏi không cản quang, tắc niệu quản, những trường hợp thận to ứ nước niệu quản bị đẩy nằm trước cột sống.

- Xét nghiệm sinh hóa đánh giá mức độ suy thận. Sỏi niệu quản một bên thì các hằng số sinh hóa đều bình thường. Sỏi niệu quản hai bên hay trong trường hợp thiếu niệu, vô niệu các hằng số sinh hóa sẽ có biến đổi nhiều urê máu, creatinin máu cao, rối loạn nước điện giải và toan kiềm.



Hình 13. Sỏi niệu quản 1/3 trên bên trái trên phim chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị (hình trái) và chụp niệu đồ tĩnh mạch (hình phải)

4.4. Diễn biến - biến chứng của sỏi niệu quản

- Sỏi niệu quản có thể di chuyển xuống thấp và được đẩy ra ngoài tùy kích thước, vị trí, độ ráp bóng và thời gian sỏi dừng lại. Những đợt sỏi di chuyển làm cho bệnh nhân đau từng cơn dữ dội. Khi sỏi càng xuống thấp thì di chuyển càng khó nhất là sỏi ở 1/3 dưới đoạn niệu quản sát bàng quang.

- Sỏi dừng lại lâu sẽ gây tắc niệu quản và gây biến chứng viêm đài bể thận, ứ nước, ứ mủ thận.

- Sỏi niệu quản một bên, thận bên đối diện bù trừ, thận bên có sỏi niệu quản tiến triển thâm lặn đến hồng thận.

- Sỏi niệu quản hai bên hoặc sỏi niệu quản một bên trên thận duy nhất (thận đối diện là thận bệnh lý mắc phải - bẩm sinh mà chức năng đã hỏng) sẽ dẫn đến vô niệu, suy thận.

4.5. Điều trị

Phương pháp điều trị được lựa chọn căn cứ trên số lượng, kích thước, vị trí sỏi, mức độ tắc nghẽn dưới sỏi, mức độ giãn đài bể thận, có hoặc không có cơn đau quặn thận kèm theo.

4.5.1. Điều trị nội khoa

- Điều trị cơn đau quặn thận do sỏi niệu quản:

+ Sử dụng một trong các thuốc giảm đau mạnh: atropin, papaverin, visceralgin, spasmaverin, dolargan, morphin.

+ Kháng sinh, thuốc lợi niệu nhẹ, uống nhiều nước.

- Nếu sỏi nhỏ dưới 5mm: Sử dụng thuốc giãn cơ, tăng thúc tính thận niệu quản, thuốc giảm đau kèm tập vật lý trị liệu, nhảy dây để cho sỏi di chuyển xuống bàng quang. Theo dõi sự di chuyển của sỏi bằng siêu âm và X quang hệ tiết niệu định kỳ 1-2 tuần/ 1 lần.

- Nếu sỏi > 1cm hoặc sỏi nhỏ mà không đáp ứng với điều trị nội khoa khi siêu âm hoặc chụp UIV thấy mức giãn đài bể thận tăng lên thì cần thiết chuyển sang điều trị can thiệp.

4.5.2. Điều trị can thiệp ít xâm lấn

Chỉ định khi bệnh nhân hết cơn đau, hết nhiễm khuẩn tiết niệu.

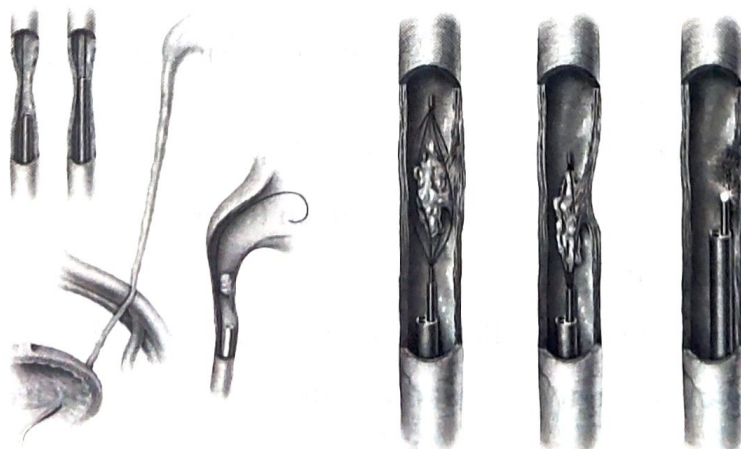
4.5.2.1. Tán sỏi ngoài cơ thể

Sỏi ở 1/3 trên niệu quản, kích thước sỏi dưới 20mm.

4.5.2.2. Tán sỏi nội soi ngược dòng

Đa phần sử dụng ống bán cứng với kích thước từ 8.0 - 9.5 Fr để tán sỏi bằng năng lượng laser hay siêu âm.

+ Sỏi ở niệu quản 1/3 giữa; 1/3 dưới.



Hình 14. Tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng bằng laser

4.5.3. Phẫu thuật nội soi ổ bụng sau phúc mạc

- Chỉ định:

+ Vị trí: Niệu quản 1/3 trên.

+ Kích thước > 1cm.

+ Có bất thường giải phẫu niệu quản: Gấp góc, hẹp, mạch bất thường,...

4.5.4. Phẫu thuật mổ lấy sỏi niệu quản

- Chỉ định:

+ Kích thước sỏi > 20 mm, xù xì.

+ Có thể kèm dị dạng niệu quản.

+ Hẹp niệu quản, mổ cũ.

+ Sau thất bại của các phương pháp khác: tán sỏi nội soi, tán sỏi ngoài cơ thể.

- Nguyên tắc:

+ Mổ lấy sỏi kiểm tra lưu thông niệu quản.

+ Phục hồi lưu thông niệu quản, đặt ống thông niệu quản.

+ Nếu có hẹp niệu quản sẽ cắt đoạn hẹp, nối niệu quản tận - tận, cấm lại niệu quản - bàng quang.

+ Sỏi niệu quản hai bên, qua đánh giá chức năng thận niệu quản hai bên và tùy theo khả năng phẫu thuật viên và cơ sở trang thiết bị cho phép có thể mổ lấy sỏi hai bên cùng một thì hoặc mổ từng bên. Những trường hợp bệnh nhân suy thận nặng, vô niệu có thể chỉ định chạy thận nhân tạo trước và can thiệp phẫu thuật sau.

- Chỉ định cắt thận trong trường hợp thận ứ nước, ứ mủ, mất chức năng do sỏi. Có thể thực hiện mổ mở cắt thận hoặc qua nội soi ổ bụng sau phúc mạc.

5. SỎI BÀNG QUANG

5.1. Đặc điểm

- Sỏi bàng quang là sỏi thứ phát sinh ra tại bàng quang hay là sỏi thận niệu quản di chuyển xuống phát triển to lên ở bàng quang do:

+ Bệnh lý cổ bàng quang, xơ cứng cổ bàng quang.

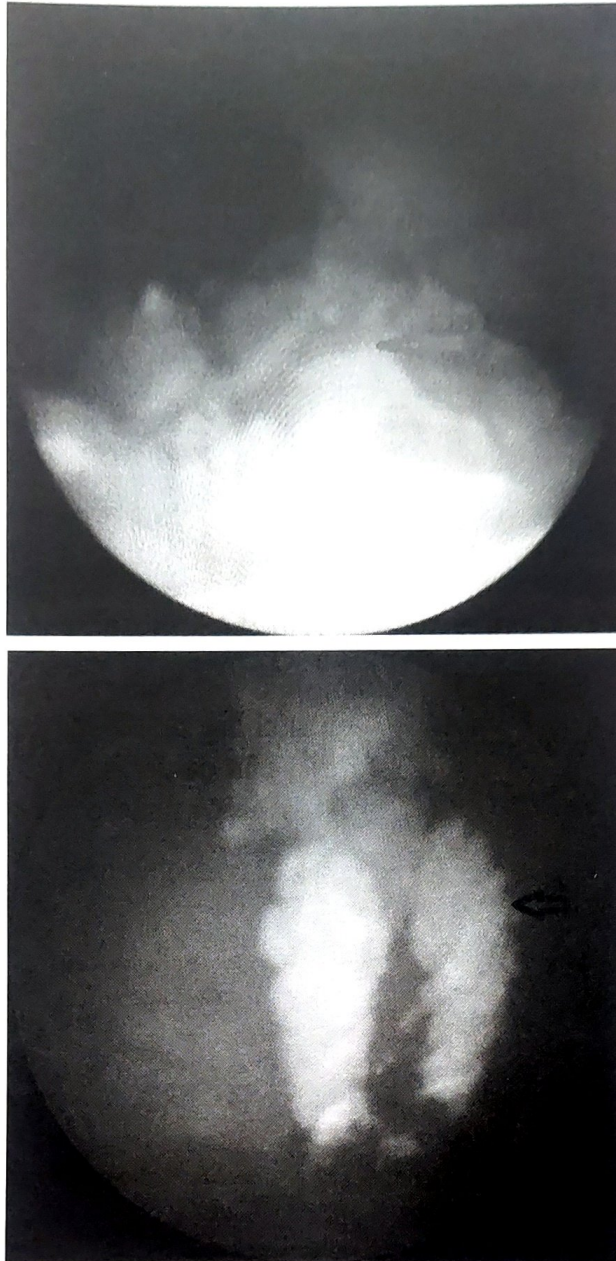
+ Hẹp niệu đạo, quá sản lành tính tuyến tiền liệt.

+ Dị vật bàng quang.

+ Bàng quang thần kinh do liệt tủy, nằm bất động kéo dài, nhiễm khuẩn Proteus.

- Sỏi bàng quang nguyên phát ở trẻ em do chế độ ăn thiếu đạm, thiếu vệ sinh.

- Sỏi bàng quang thường gây nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm xơ bàng quang.



Hình 15. Mũi tên là sợi chỉ trong nhân của viên sỏi bàng quang.

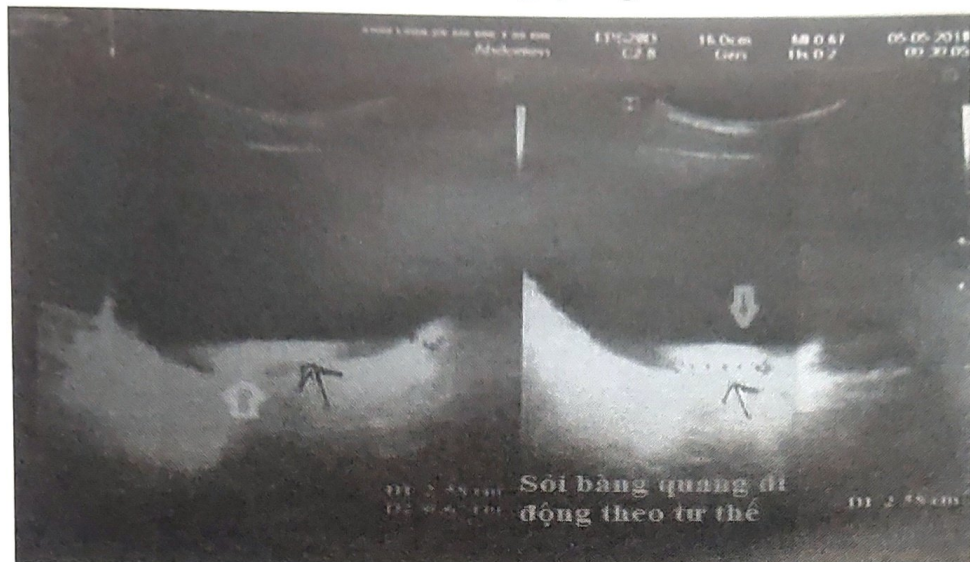
5.2. Triệu chứng

- Biểu hiện chủ yếu là viêm bàng quang do dị vật: đau trên xương mu, đái rắt, đái buốt cuối bãi lan theo niệu đạo (dấu hiệu bàn tay khai ở trẻ em).
- Đái tắc đang đi tiểu bị dừng lại và có cảm giác buốt dọc theo niệu đạo.
- Đái máu cuối bãi.
- Đái nước tiểu đục cặn trắng hay đái ra mủ.
- Có thể có đợt nhiễm khuẩn tiết niệu: sốt cao, rét run.

5.3. Chẩn đoán

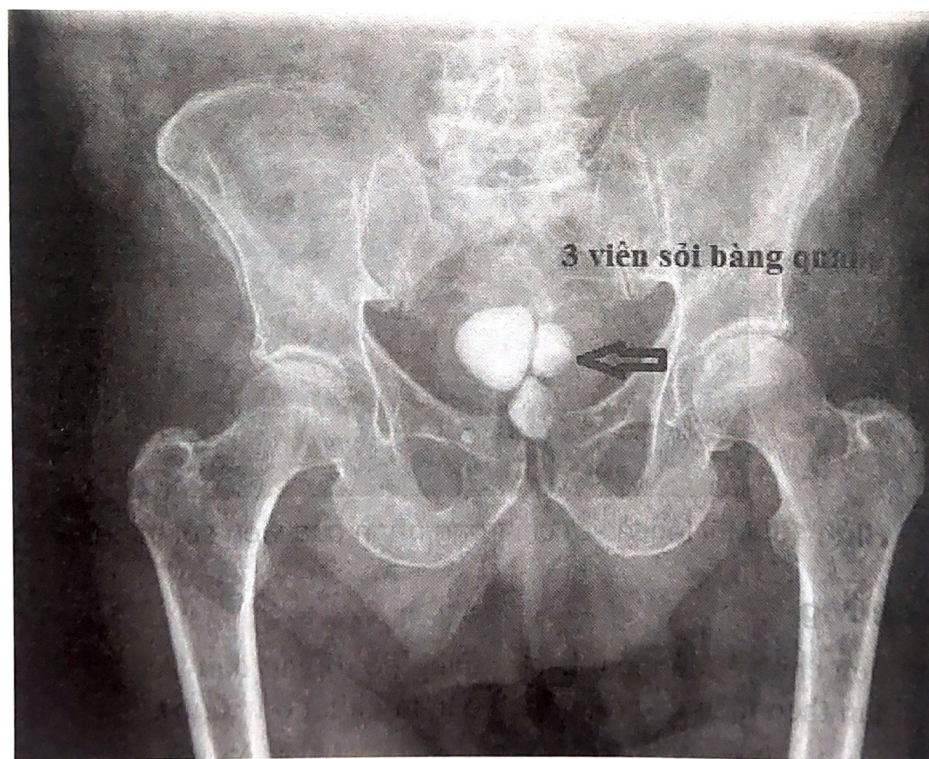
- Xét nghiệm nước tiểu hồng cầu (+++); bạch cầu (+++); tinh thể (+++).

- Siêu âm thấy sỏi bàng quang, viêm bàng quang.



Hình 16. Sỏi di chuyển theo tư thế trên siêu âm ổ bụng

- Soi bàng quang phát hiện sỏi và đánh giá tình trạng bàng quang và hệ tiết niệu.
- Chụp X quang thấy được số lượng, kích thước sỏi, sỏi kẹt niệu đạo.

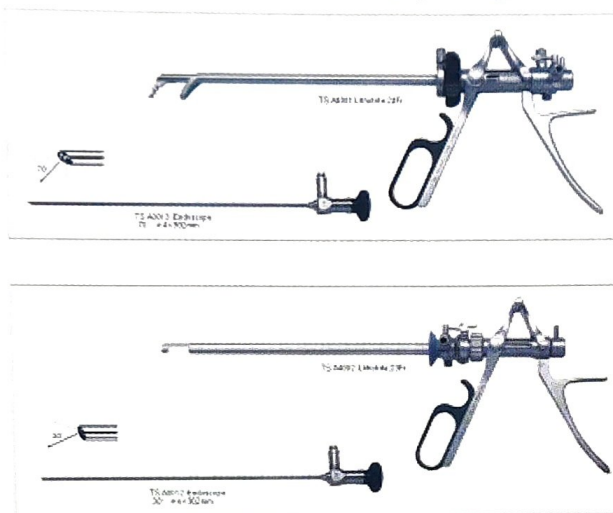


Hình 17. Sỏi bàng quang trên X quang không chuẩn bị

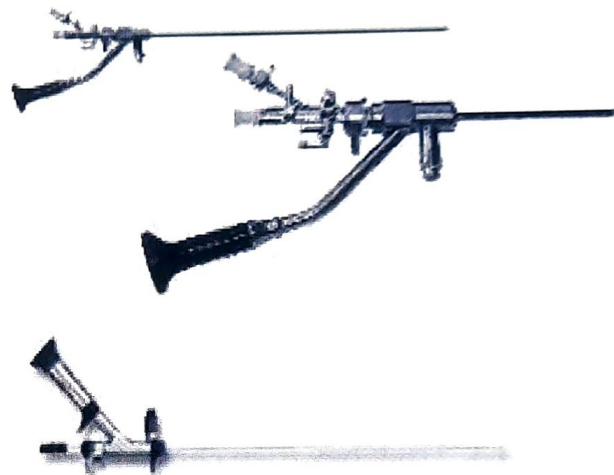
- Sỏi bàng quang nhỏ di chuyển rơi xuống niệu đạo, sỏi niệu đạo thường kẹt ở vị trí hố tuyến tiền liệt, gốc dương vật, hố thùy.

5.4. Điều trị

- Tán sỏi qua soi bàng quang bằng máy tán cơ học hoặc laser Holmium.
- Mở bàng quang lấy sỏi khi sỏi ≥ 3 cm, kết hợp với giải quyết nguyên nhân: mở rộng hẹp cổ bàng quang, tạo hình hẹp niệu đạo.
- Soi bàng quang rất thuận lợi cho nhiễm khuẩn tiết niệu nên cần điều trị trước và sau mổ một cách triệt để.
- Theo dõi, điều trị dự phòng sỏi tái phát.



Kim cơ học tán sỏi bàng quang



Ống nội soi bàng quang - niệu quản bán cứng



Ống nội soi mềm bàng quang - niệu quản



Que tán laser tán sỏi bàng quang

Hình 18. Soi bàng quang trên X quang không chuẩn bị



Hình 19. Mổ mở lấy sỏi bàng quang trên bệnh nhân gù vẹo cột sống.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

- Câu 1.** Trình bày các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của sỏi đài bể thận?
- Câu 2.** Trình bày các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của sỏi bàng quang?
- Câu 3.** Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán sỏi niệu quản?
- Câu 4.** Trình bày chỉ định của các phương pháp điều trị sỏi hệ tiết niệu?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội tiết niệu - thận học Việt Nam (2007). *Bệnh học tiết niệu*. Nhà xuất bản Y học.
2. Trường Đại học Y Hà Nội - Bộ môn ngoại (2006). *Bài giảng bệnh học ngoại khoa. Tập I*. Nhà xuất bản Y học.
3. Bùi Văn Lệnh. (2007) *Chẩn đoán hình ảnh bộ máy tiết niệu - Bài giảng Chẩn đoán hình ảnh*. Nhà xuất bản Y học, tr. 137-188.
4. Trần Đức Hòa (2003). *Những kỹ thuật ngoại khoa trong tiết niệu*. Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.
5. Fisang, C., Anding, R., Müller, S. C., Latz, S., & Laube, N. (2015). *Urolithiasis. Deutsches Aerzteblatt Online*.
6. Alok, S., Jain, S. K., Verma, A., Kumar, M., & Sabharwal, M. (2013). Pathophysiology of kidney, gallbladder and urinary stones treatment with herbal and allopathic medicine: A review. *Asian Pacific Journal of Tropical Disease*, 3(6), 496-504.
7. Liu, Y., Chen, Y., Liao, B., Luo, D., Wang, K., Li, H., & Zeng, G. (2018). *Epidemiology of urolithiasis in Asia. Asian Journal of Urology*.

8. Uthaya Chandirika Jayaraman 1 And Annadurai Gurusamy (2018). Review on Urolithiasis Pathophysiology and Aesculapian Discussion. *IOSR Journal Of Pharmacy*. Volume 8, Issue 2. PP. 30-42.
9. Sweta Bawari, Archana N Sah, Devesh Tewari (2017). Urolithiasis: An Update on Diagnostic Modalities and Treatment Protocols. *Indian J Pharm* ;79(2):164-174.
10. Andrew C. Novick, Steven B. Streem. (1992) *Surgery of the kidney - Campbells Urology - 6th edition*, W.B. Saunders company, p. 2413-2474.
11. Dean G. Assimos, Vernon M. Pais Jr., Jack W. Strandhoy. (2007) Pathophysiology of Urinary Tract Obstruction. *Campbells Urology 9th, sect 9, chap 37, p.1559 -1603*.
12. George W. Drach. (1992) Urinary lithiasis: Etiology, diagnosis, and medical management. *Campbel's urology - 6th edition, W.B. Saunders company, p. 2085 - 2147*.
13. Tiselius H-G, P.Alken, C.Buck, M.Gallucci et al. (2009) Guidelines on Urolithiasis. *European Association of Urology*.
14. Traxer O. (2003) Traitement chirurgicaux des lithiases urinaires. *Encyclopédie médico-chirurgicale - EMC, Elservier Masson, 18-106-A10*.

CHẨN THƯƠNG THẬN

Hoàng Long

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Nêu được các mức độ thương tổn trong chấn thương thận.*
2. *Nêu được các triệu chứng lâm sàng điển hình của chấn thương thận.*
3. *Nêu được các hình ảnh siêu âm, niệu đồ tĩnh mạch (UIV), chụp CT. Scanner của thương tổn trong chấn thương thận.*
4. *Trình bày được nguyên tắc xử trí chấn thương thận và những chỉ định phẫu thuật.*
5. *Nêu được các biện pháp đề phòng chấn thương thận.*

NỘI DUNG

1. DỊCH TỄ HỌC

- Thận là một tạng đặc nằm sau phúc mạc, phần lớn được che bởi vòm sườn lưng và khối cơ chung phía sau. Chấn thương thận thường gặp trong bệnh cảnh đa chấn thương và chiếm tỉ lệ 10-12% chấn thương bụng.

- Những chấn thương trực tiếp vùng thắt lưng chiếm 85-90% nguyên nhân như tai nạn giao thông (65-70%), càng xe thô sơ đập vào vùng thắt lưng, ngã cao đập vùng thắt lưng vào vật cứng.

- Nguyên nhân gián tiếp như ngã cao, các động tác thể thao mạnh làm các tạng trong ổ bụng và thận bị dồn mạnh gây đứt hoặc kéo giãn các thành phần cuống thận chiếm 5-10%.

- Chấn thương thận gặp ở nam nhiều hơn nữ (tỉ lệ 3/1) gặp ở mọi lứa tuổi. Tuy nhiên, lứa tuổi 16-45 chiếm tỉ lệ cao (75-80%). Trẻ em dưới 16 tuổi chiếm 12,96%.

2. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU

- Thận là tạng đặc, giàu mạch máu và tùy lực tác động có thể có các thương tổn ở các mức độ khác nhau. Dựa trên lâm sàng, phẫu thuật và nhất là sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đã cho phép đánh giá các tổn thương giải phẫu của chấn thương thận.

- Cách phân loại mức độ chấn thương thận được các tác giả Chatelain C., (1975-1981), Moore E., Carroll PR., Nash PA. (1989), McAninch (1992, 1996) đưa ra dựa trên cơ sở những mức độ thương tổn về giải phẫu của thận. Các phân loại này đã giúp cho bác sĩ lâm sàng liên hệ, xác lập chẩn đoán chấn thương thận trên thực tế lâm sàng cụ thể sát thực hơn để có thái độ xử trí và chỉ định phẫu thuật hợp lý.

2.1. Phân loại theo Chatelain C. (1981)

Mức độ I: Đụng dập thận (renal contusion). Hình dáng và kích thước thận bình thường, nhu mô thận chỉ bị đụng dập nhẹ, nông, không sâu vào vùng tủy thận và đường bài xuất, bao thận còn nguyên vẹn, có thể có tụ máu dưới bao thận, chiếm từ 70-75% các trường hợp chấn thương thận.

Mức độ II: Dập thận (renal laceration) nhu mô thận bị đụng dập nhiều sâu vào vùng tủy, đường vỡ của nhu mô thận kèm theo rách bao thận, có khi thông với đường bài xuất. Tuy nhiên, hình dáng thận không thay đổi nhiều, các phần vỡ không bị tách rời xa nhau, thường có tụ máu và nước tiểu ra xung quanh thận và dưới bao thận, chiếm tỉ lệ 15-20% chấn thương thận.

Mức độ III: Vỡ thận (fractured kidney). Hình dáng và kích thước thận bị thay đổi, bao thận bị rách, thận bị vỡ thành nhiều mảnh, đường vỡ thông với đường bài xuất, các mảnh vỡ bị đẩy và tách rời xa nhau do khối máu tụ. Cực thận vỡ có thể bị tách rời khỏi thận và không còn được tưới máu. Thường chảy máu nhiều và tụ máu - nước tiểu lớn ra quanh thận và khoang sau phúc mạc. Mức độ III chiếm khoảng 7-10% các trường hợp chấn thương thận.

Mức độ IV: Đứt cuống thận (vascular injury). Các thương tổn ở cuống thận có thể là đứt động mạch, tĩnh mạch thận hoàn toàn hoặc không hoàn toàn, gây ra tình trạng thiếu máu cục bộ hay toàn bộ thận dẫn đến chảy máu gây tụ máu lớn sau phúc mạc. Tình trạng sốc mất máu kèm theo làm thận bị chấn thương có thể bị hoại tử một phần thận hay toàn bộ thận. Ngoài các thương tổn động tĩnh mạch thận, có thể gặp các thương tổn làm đứt niệu quản, rách bề thận,... chiếm 2-5% các trường hợp chấn thương thận kín.

2.2. Phân độ dựa trên CT. Scanner theo E. Moore và Mc. Aninch (AAST, 2001)

Năm 1989, Hội phẫu thuật chấn thương Mỹ (American Association for the Surgery of Trauma - AAST) đã đưa ra phân độ CTT căn cứ trên tổn thương phát hiện trong phẫu thuật thăm dò thận chấn thương với năm mức độ được phân chia theo độ nặng tăng dần. Phân loại của AAST căn cứ trên tổn thương phát hiện trong phẫu thuật nhưng cũng tương ứng với thông tin trên chụp cắt lớp vi tính.

Độ I: Đụng dập thận (renal contusion) thương tổn nhu mô thận nhẹ, nông. Không vỡ bao thận chỉ gây tụ máu dưới bao (70-75%).

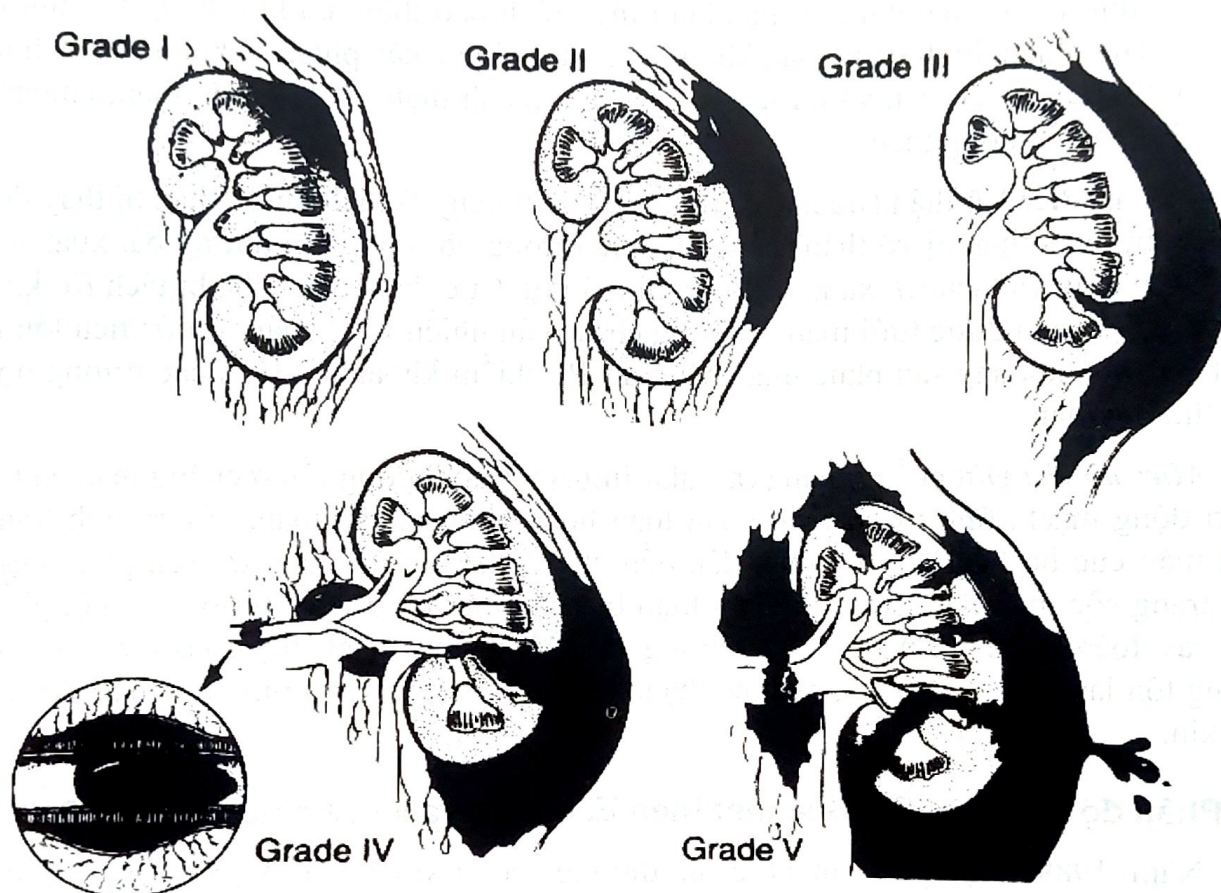
Độ II: Dập thận nhẹ (minor laceration) thương tổn dập vỡ vùng vỏ thận sâu dưới 1 cm nhưng chưa tổn thương sâu vào vùng tủy thận và đường bài tiết. Vỡ bao thận và gây tụ máu quanh thận khu trú, không có thoát nước tiểu ra ngoài (10-15%).

Độ III: Dập thận nặng (major laceration) thương tổn dập vỡ nhu mô thận cả vùng vỏ lẫn vùng tủy, sâu trên 1 cm, vỡ bao thận, tụ máu quanh thận lan rộng nhưng không có thoát nước tiểu ra ngoài (7-10%).

Độ IV: Vỡ thận (fractured kidney) thận bị vỡ thành 2, 3 mảnh, đường vỡ vùng vỏ qua vùng tủy sâu trên 1 cm vào đường bài tiết, có thoát nước tiểu ra ngoài. Tụ máu -

nước tiểu lan rộng sau phúc mạc. Thận vỡ cực trên hay cực dưới có thể mất sự nuôi dưỡng do tổn thương động mạch nhánh (5-7%).

Độ V: Tổn thương cuống thận (vascular injury) đứt hoàn toàn hay không hoàn toàn các mạch máu cuống thận gây thiếu máu hoặc mất nuôi dưỡng nhu mô thận. Có thể gặp thận bị vỡ nát thành nhiều mảnh tách rời, mất nuôi dưỡng kèm theo tụ máu - nước tiểu sau phúc mạc lan rộng (1-3%).



Hình 1. Phân loại năm mức độ tổn thương chấn thương thận theo AAST (2001).

Phân loại AAST được sử dụng rộng rãi trên thế giới để phân độ chấn thương thận trên lâm sàng từ năm 2001. Tuy nhiên, sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh đã cho thấy sự không phù hợp trong phân loại chấn thương thận độ IV và V của AAST năm 2001.

Năm 2011, Burcley và McAninch đã nghiên cứu đánh giá cập nhật lại phân loại chấn thương thận của AAST. Thực hiện cải biên lại phân độ ban đầu, không có sự thay đổi đối với độ I - III và xác định chính xác hơn mức độ nặng của chấn thương thận độ IV và V. Tổn thương độ IV sẽ bao gồm: Tất cả chấn thương đường bài tiết bể thận - niệu quản và chấn thương động mạch - tĩnh mạch phân thùy. Đối với độ V, tổn thương bao gồm tổn thương cuống mạch rốn thận gồm cả tắc nghẽn mạch máu. Cập nhật phân loại của AAST có thể cải thiện mối tương quan với chẩn đoán hình ảnh chụp cắt lớp vi tính hiện tại trong việc dự báo sự cần thiết của can thiệp phẫu thuật.

Thường gặp chấn thương thận một bên, thương tổn thận phải và trái có tỉ lệ gần như nhau. Thương tổn hai bên thận rất ít gặp. Chấn thương thận có thể gặp trên thận bệnh lý mắc phải hay bẩm sinh (14-16%) như sỏi thận niệu quản, thận ứ nước do hội chứng nổi bễ thận - niệu quản, nang thận, thận móng ngựa.

Trong đa chấn thương, chấn thương thận phối hợp với các chấn thương khác trong 45-60% (bụng, ngực, gãy xương). Chấn thương các tạng trong ổ bụng (gan, lách, mạc treo ruột) đi kèm chấn thương thận trong 10-12%.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA CHẤN THƯƠNG THẬN

3.1. Cơ năng

- Đau vùng thắt lưng và trướng bụng. Đa số các bệnh nhân bị chấn thương thận đều có triệu chứng đau tức và co cứng cơ vùng thắt lưng. Mức độ đau phụ thuộc vào mức độ thương tổn và tiến triển của chấn thương thận, đau lan lên góc sườn hoành và xuống hố chậu. Đau tăng lên khi khối máu tụ sau phúc mạc to lên. Kèm với đau bệnh nhân có hội chứng sau phúc mạc: bụng trướng và nôn. Đây là dấu hiệu thường gặp trong chấn thương thận chứng tỏ có tụ máu - nước tiểu ở khoang sau phúc mạc. Bụng trướng còn kéo dài trong tiến triển của chấn thương thận và cũng là triệu chứng gây khó khăn cho sự phát hiện thương tổn phối hợp của các tạng trong ổ bụng.

- Đái máu sau chấn thương là dấu hiệu khách quan cụ thể trong chấn thương thận, gặp trong đa số các trường hợp (90-95%) chấn thương thận kín do tổn thương nhu mô thận thông thương với đường bài xuất. Đái máu toàn bãi có thể nhẹ hay nặng, nước tiểu hồng, đỏ tươi hay có máu cục. Tuy nhiên, đái máu không đi đôi với những mức độ tổn thương của thận vì có một khối lượng không ít máu chảy tụ lại quanh thận sau phúc mạc không đánh giá được và nhất là trong trường hợp bị đứt cuống thận, trường hợp máu tụ bít tắc niệu quản sẽ hoàn toàn không có đái máu. Một số ít trường hợp đái máu vì thể chỉ phát hiện được chấn thương thận khi xét nghiệm nước tiểu và làm chẩn đoán hình ảnh.

Theo dõi mức độ đái máu và tình trạng toàn thân có thể tiên lượng sự tiến triển của chấn thương thận. Nếu đái máu tươi tiếp diễn nặng lên là tổn thương thận đang tiếp tục chảy máu, máu chuyển màu nâu sẫm và vàng dần là có khả năng tự cầm máu được. Đái máu tái phát sau 5 đến 15 ngày gặp trong các trường hợp tổn thương nhu mô thận dập nát hoại tử do thiếu máu nên không thể liền được. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có thể phát hiện sớm các thương tổn này và thường phải can thiệp ngoại khoa.

3.2. Toàn thân

- Tình trạng sốc gặp trong 20-30% các trường hợp chấn thương thận. Thường thấy ở các chấn thương thận nặng do dập nát, đứt cuống thận (12-15%) và trong các trường hợp đa chấn thương (15- 20%).

- Thiếu máu, mất máu cấp do chảy máu trong chấn thương thận, bệnh nhân đến viện với biểu hiện da xanh niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp tụt. Xét nghiệm thấy hồng cầu, huyết sắc tố đều giảm. Đái máu không phản ánh trung thực tình trạng mất

máu. Khi có tình trạng mất máu nặng phải nghĩ tới chảy máu do tổn thương thận nặng gây tụ máu lớn sau phúc mạc hoặc do tổn thương phối hợp các tạng đặc trong ổ bụng.

3.3. Thực thể

- Bầm tím, xây xát da vùng thắt lưng.
- Khối máu tụ hố thắt lưng. Khám thấy vùng hố thắt lưng đầy hơn bình thường, căng nề và đau (25-30%), co cứng cơ vùng thắt lưng chứng tỏ bao thận vỡ chảy máu ra quanh thận. Theo dõi sự tiến triển của khối máu tụ cho biết mức độ tiến triển và tiên lượng tổn thương dập vỡ nhu mô thận. Khi khối máu tụ to lên nhanh, bụng trướng, phản ứng, co cứng nửa bụng bên chấn thương kèm với tình trạng sốc thì phải sớm xác định mức độ nặng của tổn thương thận để xử trí kịp thời.

3.4. Các thể lâm sàng chấn thương thận

- Thể đa chấn thương: Chấn thương thận có thể phối hợp với bệnh cảnh đa chấn thương trong 45-60% trường hợp, hay gặp nhất trong chấn thương bụng. Các tổn thương kèm theo thường là chấn thương lách, gan, ruột, mạc treo trong 10-15% trường hợp. Ngoài ra, chấn thương thận có thể phối hợp với các chấn thương khác như lồng ngực, sọ não, gãy xương các chi v.v...

Do đó, các triệu chứng của chấn thương thận có thể bị che lấp bởi các triệu chứng chấn thương các tạng khác, nhất là trong trường hợp bệnh nhân sốc, hôn mê do chấn thương sọ não. Việc thăm khám toàn diện giữa lâm sàng và cận lâm sàng là cần thiết, nhanh chóng trong việc chẩn đoán và điều trị.

- Thể chấn thương thận bệnh lý: Có thể gặp trên thận bẩm sinh hoặc mắc phải trong 14-16% các trường hợp và thường xảy ra sau một chấn thương nhẹ, trong thể này có thể gặp những loại sau:

- + Thận lạc chỗ, thận móng ngựa do vị trí dễ thương tổn.
- + Thận duy nhất do thận phì đại lớn hơn thận thường.
- + Thận ứ nước do sỏi, do hội chứng hẹp khúc nối bể thận niệu quản.
- + Thận đa nang, u thận.

- Thể chấn thương thận trẻ em: Thành bụng và khối cơ lưng ở trẻ em chưa phát triển và còn yếu, thận cố định kém, xương sườn mềm, do đó thận trẻ em dễ bị chấn thương hơn ở người lớn. Mặt khác, các triệu chứng lâm sàng của trẻ bị chấn thương thận kín thường biểu hiện không rõ ràng như ở người lớn. Sau chấn thương thận, trẻ đau vùng thắt lưng không cảm nhận được như ở người trưởng thành.

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

4.1. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị

Đưa ra các thông tin gián tiếp về thương tổn chấn thương thận như: bóng thận bên tổn thương to ra, bờ thận không đều hoặc mất giới hạn, bờ cơ đái chậu không rõ nét

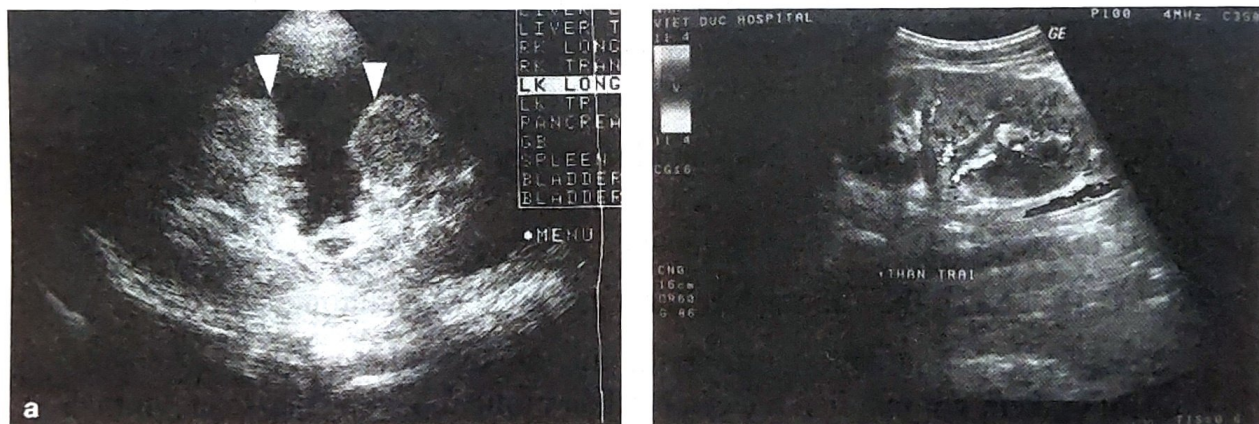
hoặc bị mất. Ngoài ra, có thể phát hiện tình trạng ổ bụng như: các quai ruột non giãn hơi, thành dày và phát hiện một số bệnh lý sỏi hệ tiết niệu. Khi thấy hình ảnh vỡ móm ngang đốt sống thắt lưng 1-2 thì có thể gặp tổn thương cuống thận.

4.2. Siêu âm

Siêu âm không chỉ đánh giá về hình thái của thận, phát hiện các tổn thương dập vỡ nhu mô tụ máu trong thận, các khối máu tụ nước tiểu quanh thận mà còn phát hiện các thương tổn phối hợp khác trong ổ bụng khi có bệnh cảnh đa chấn thương.

Siêu âm có thể thấy được các dấu hiệu thương tổn của thận:

- Đụng dập nhu mô thận: Thay đổi cấu trúc âm do có những vùng âm không đều hoặc giảm âm xảy ra ở vùng ngoại vi của thận, kèm theo là sự xuất hiện các khối máu tụ trong nhu mô thận do các cục máu đông nằm xen kẽ vào các mảnh thận bị vỡ.
- Các đường vỡ thận: Biểu hiện bằng sự mất liên tục đường viền bao thận, xuất hiện các khe kẽ ở nhu mô thận hay khối máu tụ trong nhu mô tách rời các phần thận.
- Các tổn thương vùng đài bể thận: Biểu hiện các đài bể thận giãn khi có cục máu đông di chuyển gây bất tắc niệu quản hoặc do tụ máu sau phúc mạc gây chèn ép bể thận - niệu quản. Phát hiện sự có mặt các cục máu đông nhỏ di chuyển trong bể thận.



Hình 2. Hình ảnh đường vỡ thận trên siêu âm thường (hình trái) và vùng thiếu máu nhu mô cực trên thận trên siêu âm Doppler (hình phải).

Ngoài ra, siêu âm còn cho phép xác định các tổn thương vùng hố thận do máu và nước tiểu thoát ra sau chấn thương thận gây nên tình trạng:

- + Tụ máu dưới bao thận: Hình thấu kính hai mặt, chèn ép, đẩy hẹp nhu mô thận.
- + Tụ máu quanh thận.
- + Tụ máu sau phúc mạc: Do bao thận bị vỡ, máu và nước tiểu tràn ra khoang sau phúc mạc.

Phân độ các biểu hiện tổn thương thận trên siêu âm như sau:

- + Chấn thương thận độ I: Hình dáng thận không thay đổi, đường viền bao thận còn, đụng dập nhu mô nhẹ, tụ máu dưới bao đơn thuần, không có đường vỡ nhu mô, có hoặc không có máu tụ quanh thận khu trú.

+ Chấn thương thận độ II: Hình dáng thận thay đổi, bao thận vỡ, đụng dập nhu mô thận kèm đường vỡ, máu tụ sau phúc mạc khu trú hoặc lan rộng.

+ Chấn thương thận độ III: Hình dáng thận thay đổi, đụng dập nặng nhu mô thận, đường bài tiết, mất đường viền bao thận hoặc nhiều đường vỡ, máu tụ lớn sau phúc mạc.

+ Chấn thương thận độ IV: Nghi ngờ khi hình dáng thận bình thường với dấu hiệu tụ máu lớn sau phúc mạc.

Siêu âm chẩn đoán thương tổn độ I, II, III rõ với độ chính xác 80-85%, còn độ IV thì khó nhận định chính xác các thương tổn mạch máu. Kết hợp chẩn đoán bằng siêu âm Doppler màu và CT. Scanner phát hiện được thương tổn mạch máu, đánh giá được sự cấp máu cũng như tình trạng tắc mạch máu ở vùng cuống thận và trong nhu mô thận.

4.3. Chụp niệu đồ tĩnh mạch nhỏ giọt (UIV)

Chụp niệu đồ tĩnh mạch cấp cứu dùng Telebrix liều cản quang 1,5-2 ml/kg pha trong dung dịch NaCl 0,9% đủ 200 ml tiêm nhanh tĩnh mạch, chụp phim ở thời điểm 5, 10, 15, 30 phút sau tiêm thuốc và đánh giá chức năng, hình thể thận bị chấn thương cũng như chức năng thận bên đối diện và chẩn đoán được một số bệnh lý có từ trước.

Chụp niệu đồ tĩnh mạch cho thấy thay đổi về chức năng thận, biểu hiện:

- Thận chậm bài tiết: Do huyết khối chèn ép hay sau chấn thương động mạch thận bị co thắt, tổn thương nhẹ, do tắc đường bài xuất do máu cục bít bể thận - niệu quản...

- Thận không ngấm thuốc: Do thận bị tổn thương dập vỡ nhu mô nặng hoặc do bị tổn thương động mạch thận, cuống thận. Phối hợp với chụp cắt lớp vi tính hay chụp động mạch để xác định rõ tổn thương ở thận.

Mặt khác còn cho thấy những tổn thương thận do chấn thương:

+ Tình trạng nhu mô thận khi chụp thì nhu mô, biểu hiện mất liên tục của nhu mô thận ở ngoại vi, kèm với mất liên tục của bờ thận tương ứng vùng dập thận, vỡ thận.

+ Tình trạng thay đổi đài bể thận ở thì bài tiết đó là:

- Sự di lệch, biến dạng các đài bể thận, nhóm đài bị tách ra, bị kéo dài, bị khuyết.
- Sự thoát thuốc cản quang đọng ở nhu mô thận hay tràn thuốc ra khoang quanh thận do vỡ thận hoặc đụng dập nhu mô thận kèm theo có tổn thương đường bài xuất.

- Sự cắt cụt các đài hoặc một nhóm đài do máu cục bít tắc hoặc do tổn thương mạch và nhu mô thận vùng tương ứng.

- Sự di lệch đường đi của niệu quản: Niệu quản căng mạnh, mất sự mềm mại của nhu động bình thường, biểu hiện sự đè đẩy của máu tụ sau phúc mạc.

Đánh giá mức độ chấn thương thận dựa trên UIV như sau:

+ Độ 1: Đài bể thận bình thường, ổ đọng thuốc ở vùng nông - vỏ thận, thuốc xuống niệu quản bình thường.

+ Độ 2: Đai bể thận ngấm thuốc nhưng bị đè ép, ổ đọng thuốc ở nhu mô thận, bóng thận to, thuốc xuống niệu quản ít.

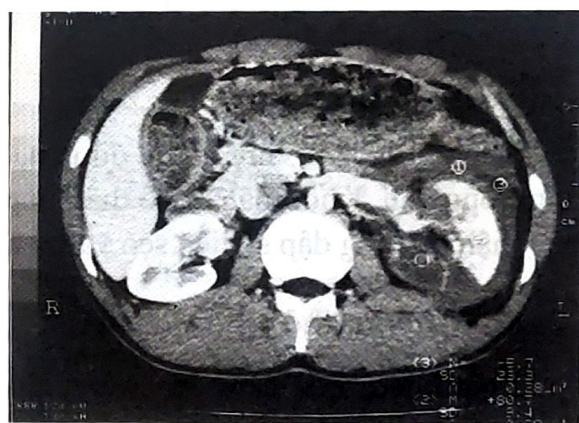
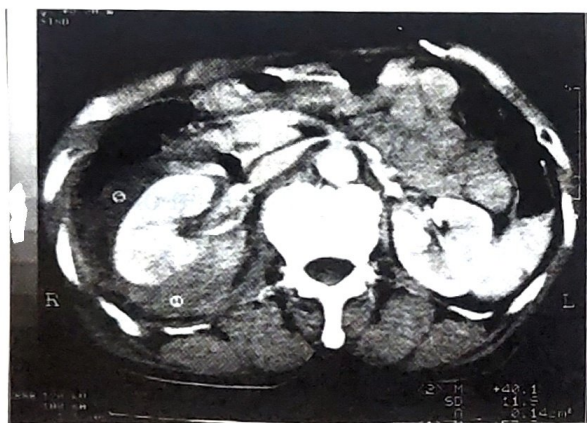
+ Độ 3: Đai bể thận ngấm thuốc kém, chậm, có hình ảnh đài, cực thận bị tách rời, hình ảnh vỏ thận rõ, thoát thuốc lớn ra ngoài đường bài tiết. Niệu quản bị đẩy hoặc kéo căng.

+ Độ 4: Thận không ngấm thuốc.

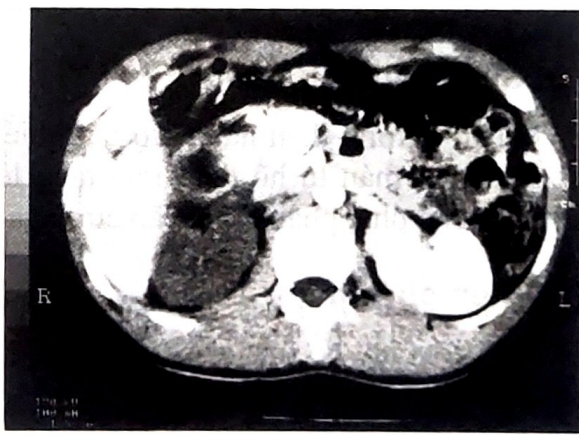
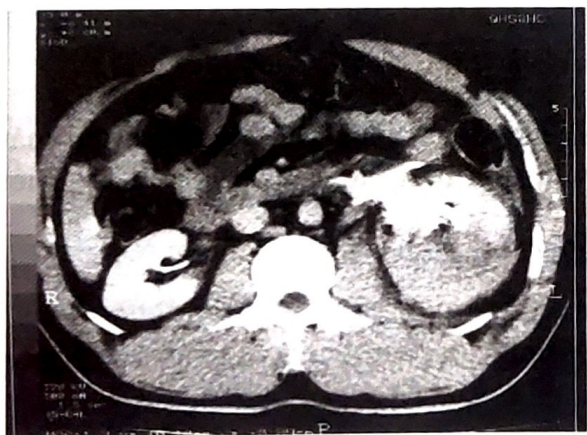
Kết hợp siêu âm Doppler hay CT. Scanner để đánh giá những trường hợp thận không ngấm thuốc do chấn thương cuống mạch hay do co thắt mạch thận.

4.4. Chụp cắt lớp vi tính (CT. Scanner)

Là phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt được áp dụng từ những năm 1990. Cho đến nay, CT. Scanner đã trở thành phương pháp chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn đầu tiên trong việc đánh giá các tổn thương hình thái học và chức năng của thận sau chấn thương với độ chính xác cao (92,5%), độ nhạy và độ dự báo dương tính cao hơn hẳn các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác. Chụp cắt lớp vi tính được chỉ định trong các trường hợp chấn thương thận nặng từ độ III trở lên sau khi đã được chẩn đoán lâm sàng hoặc nghi ngờ có tổn thương phối hợp trong đa chấn thương.



Hình 3. Chụp CT. Scanner chẩn đoán chấn thương thận: độ II (hình trái) và độ III (hình phải)



Hình 4. Chụp CT. Scanner chẩn đoán chấn thương thận: độ III (hình trái) và IV (hình phải)

Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính cho biết cụ thể mức độ thương tổn của thận như: đưng dập nhu mô thận, tình trạng thận vỡ, đường vỡ sâu hay nông, tổn thương cuống mạch thận, sự thoát thuốc ra quanh thận và ước tính mức độ dịch máu nước tiểu thoát ra quanh thận. Ngoài ra, còn có thể xác định được các thương tổn khác trong ổ bụng như gan, lách, các cuống mạch..., trong trường hợp bụng trướng hơi nhiều, bệnh nhân vật vã kích thích, siêu âm và chụp niệu đồ tĩnh mạch khó xác định. Chụp cắt lớp vi tính phát hiện được sớm những tổn thương tắc nghẽn động mạch thận sau chấn thương gây ngừng cấp máu cho thận mà bệnh nhân không có biểu hiện gì trên lâm sàng và thận không ngấm thuốc trên chụp niệu đồ tĩnh mạch. Nhờ đó, có thể can thiệp phẫu thuật sớm và cứu chức năng thận kịp thời khi thời gian thiếu máu nóng dưới 12 giờ. Hiện nay, phân độ chấn thương thận theo AAST dựa trên kết quả chụp cắt lớp vi tính có thuốc cản quang mạch máu được áp dụng rộng rãi trên thế giới là cơ sở để quyết định thái độ xử trí chấn thương thận một cách nhanh chóng và có độ chính xác cao.

4.5. Chụp động mạch thận chọn lọc

Xác định chính xác thương tổn mạch thận.

5. DIỄN BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Xu hướng ổn định

Biểu hiện lâm sàng giảm, đỡ đau, đái ra máu sẫm màu, chuyển màu nâu tới màu vàng trong dần. Khối máu tụ hố thất lưng không to lên. Tình trạng toàn thân ổn định. Tổ chức thận bị đưng dập sẽ liền sẹo và xơ hóa.

5.2. Xu hướng không ổn định

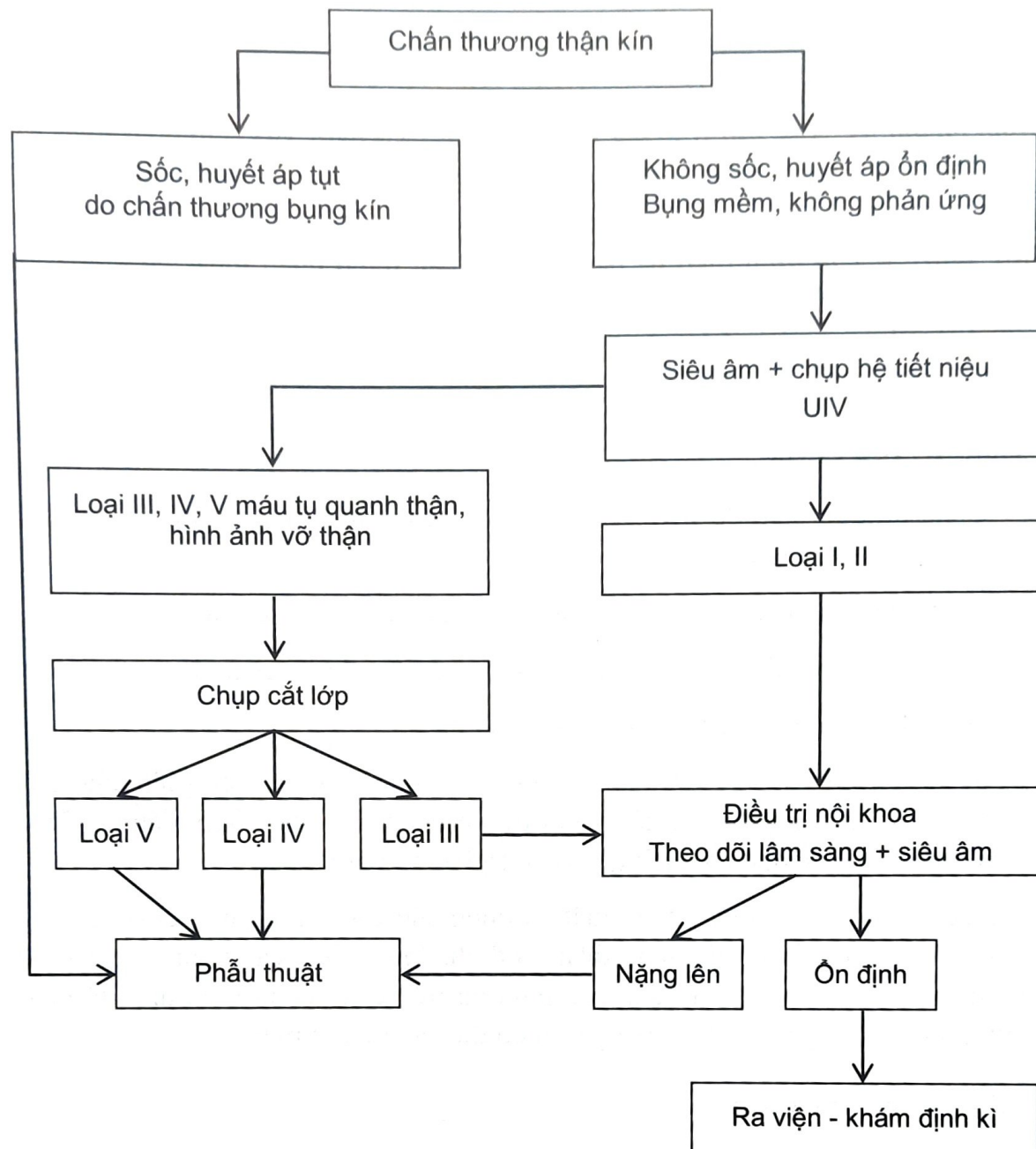
Bệnh tiến triển nặng lên, bệnh nhân đái máu tiếp diễn, ra máu cục và máu tươi. Khối máu tụ hố thất lưng tăng lên. Cần phải điều trị tích cực, truyền máu bồi phụ khối lượng tuần hoàn kịp thời và điều trị kháng sinh. Bệnh sẽ diễn biến ổn định hoặc không thuyên giảm thì phải chuyển can thiệp phẫu thuật.

5.3. Chấn thương nặng

Tổn thương thận nặng, vỡ nát nhiều mảnh hay đứt cuống thận biểu hiện đái máu dữ dội, khối máu tụ hố thất lưng tăng lên nhanh, tình trạng toàn thân sốc nặng, thiếu máu cấp cần phải phẫu thuật cấp cứu ngay.

5.4. Biến chứng

- Viêm tấy hố thất lưng với biểu hiện lâm sàng sốt cao, đau thất lưng, khám thấy hố thất lưng sưng nề, tấy đỏ.



Sơ đồ chẩn đoán và điều trị chấn thương thận

- Đau lưng kéo dài do viêm xơ quanh thận.
- Ú nước thận do viêm xơ chít quanh niệu quản sau phúc mạc.
- Xơ teo thận sau chấn thương gây tình trạng huyết áp cao.
- Những thương tổn động mạch và tĩnh mạch trong nhu mô thận có thể hình thành giả phòng động mạch hoặc thông động - tĩnh mạch trong thận.

Trong mọi trường hợp chấn thương thận điều trị bảo tồn cần được theo dõi bằng siêu âm và chụp niệu đồ tĩnh mạch.

6. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

Trong thập niên 1970-1980 trên thế giới xu hướng phẫu thuật chấn thương thận mở rộng chiếm 48-70% với tỉ lệ cắt thận 45-52%. Từ năm 1982, nhờ sự phát triển các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đã đánh giá được cụ thể các thương tổn chấn thương thận, theo dõi điều trị bảo tồn được quan tâm với ngay cả chấn thương độ III, IV có hiệu quả tới 54-67%. Chỉ định điều trị bảo tồn hay can thiệp phẫu thuật phải dựa vào tình trạng toàn thân, mức độ đái máu, tiến triển chung của khối máu tụ vùng thất lưng và sự phân loại tổn thương giải phẫu và chức năng thận bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh một cách cụ thể.

6.1. Điều trị nội khoa

- Chấn thương thận độ I, II, III tình trạng bệnh nhân ổn định thì chỉ định điều trị bảo tồn bằng nội khoa là chính.

- Bệnh nhân nằm bất động tại giường, săn sóc điều trị tại giường.

- Hồi sức, truyền dịch, máu, kháng sinh toàn thân, thuốc giảm đau.

- Dùng lợi tiểu nhẹ Lasix 20 mg 1 - 2 ống/ngày.

- Theo dõi tình trạng toàn thân, diễn biến của đái máu và tiến triển của khối máu tụ vùng thất lưng. Sau 10 ngày, nên kiểm tra lại bằng siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch hoặc cắt lớp vi tính để đánh giá kết quả điều trị bảo tồn nội khoa.

Điều trị bảo tồn không phẫu thuật áp dụng cho các trường hợp chấn thương thận nặng độ IV và V có tình trạng toàn thân ổn định. Tuy nhiên, cần phải theo dõi rất chặt chẽ về diễn biến lâm sàng và bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh để phát hiện sớm những trường hợp diễn biến nặng mới có thể can thiệp kịp thời.

6.2. Điều trị ngoại khoa

Nguyên tắc cơ bản là bảo tồn nhu mô thận một cách tối đa, lập lại lưu thông đường bài xuất, dẫn lưu tốt khối máu tụ và nước tiểu khoang sau phúc mạc.

6.2.1. Chỉ định can thiệp phẫu thuật cấp cứu không trì hoãn

- Chấn thương thận phối hợp với chấn thương bụng chỉ định mổ trước 24 giờ.

- Chấn thương thận nặng độ IV, V chỉ định can thiệp phẫu thuật càng sớm càng tốt khi tình trạng huyết động không ổn định từ khi vào viện hoặc sau khi đã được hồi sức tích cực. Nhất là khi có tổn thương cuống mạch thận cần can thiệp trước 6 giờ, tuy nhiên nguy cơ cắt thận còn cao, tới 61,1%.

6.2.2. Chỉ định can thiệp sớm trong tuần đầu

- Những chấn thương thận từ độ III trở lên mà điều trị bảo tồn nội khoa tiến triển

không ổn định, diễn biến nặng lên như đái máu tăng, khối máu tụ tăng, tình trạng toàn thân thay đổi sốc và mất máu. Ngoài khả năng bảo tồn thận, phẫu thuật sớm còn làm giảm tỉ lệ xuất hiện biến chứng và di chứng lâu dài khi điều trị bảo tồn không mô.

- Chẩn đoán hình ảnh cho thấy dập, vỡ một phần thận không ngấm thuốc chiếm tỉ lệ trên 50%, hình ảnh thuốc cản quang tràn ngoài bao thận và không thấy hình ảnh niệu quản gợi ý một thương tổn bề thận - niệu quản.

- Xuất hiện những biến chứng như khối máu tụ - nước tiểu sau phúc mạc nhiễm trùng, áp xe hóa, rò nước tiểu.

- Các trường hợp đái máu tái phát nặng sau điều trị nội đã truyền dịch và máu đầy đủ chỉ định mổ cấp cứu trì hoãn 3 - 6 ngày sau chấn thương. Ít khi tình trạng chấn thương của bệnh nhân không ổn định kéo dài quá một tuần.

*** Phương pháp phẫu thuật**

- Mục tiêu điều trị bảo tồn tối đa đặt lên hàng đầu (70-80%).

- Gây mê nội khí quản và thuốc giãn cơ.

- Đường mổ sườn thất lưng sau phúc mạc hoặc trắng giữa, dưới sườn qua phúc mạc vào trực tiếp cuống thận và khi có chấn thương bụng phối hợp.

- Cách thức phẫu thuật:

- + Kiểm soát cuống mạch thận trước tiên để cầm máu và dễ dàng cho việc đánh giá thương tổn. Kiểm tra đường bài tiết và đánh giá thương tổn nhu mô thận, bao thận.

- + Đánh giá mức độ tụ máu và nước tiểu ở khoang sau phúc mạc.

- + Đánh giá tình trạng ổ bụng và các tạng phẫu thuật.

- + Xử trí các thương tổn đặt yêu cầu bảo tồn thận tối đa và tránh các biến chứng của chấn thương thận. Tùy mức độ tổn thương mà thực hiện các thủ thuật thích hợp: khâu cầm máu bảo tồn, lấy máu tụ quanh thận, cắt bán phần thận, khâu phục hồi lưu thông đài bể thận, khâu nối hoặc ghép động mạch, tĩnh mạch thận tự thân. Đánh giá khả năng bảo tồn phẫu thuật thận dựa trên mức độ tổn thương thận và chỉ định cắt thận bắt buộc trong trường hợp vỡ nát hay đứt cuống thận đến muộn sau 6 giờ (13-17%) và trong bệnh cảnh tổn thương nặng toàn thân cần phải cắt thận để cứu sống tính mạng.

- Theo dõi các biến chứng sau mổ như chảy máu phải can thiệp lại, áp xe quanh thận, rò nước tiểu, nhiễm trùng vết mổ.

- Kiểm tra kết quả phẫu thuật xa sau mổ về chức năng thận và các di chứng sau mổ nhằm mục đích đánh giá hiệu quả của điều trị bảo tồn. Các bệnh nhân được kiểm tra bằng siêu âm, UIV và làm sinh hóa máu với thời gian sau mổ ít nhất là 6 tháng.

6.3. Điều trị can thiệp ít xâm lấn

6.3.1. Chụp động mạch thận và nút mạch chọn lọc

Trong một số trường hợp chụp động mạch thận không chỉ khẳng định chẩn đoán tổn thương mạch máu thận mà còn cho phép điều trị các tổn thương mạch máu bằng phương pháp nút mạch thường chỉ định trong những chấn thương nặng độ IV, V. Nút mạch được thực hiện đối với những tổn thương nhỏ của động mạch thận hoặc các động mạch nhánh mục đích là để làm ngừng chảy máu và tránh một cuộc mổ có nguy cơ làm tổn hại và mất thận cao.

Kỹ thuật nút mạch còn được sử dụng trong những trường hợp chảy máu tái phát sau thời gian điều trị bảo tồn và điều trị những trường hợp có biến chứng giả phồng động mạch, thông động - tĩnh mạch sau chấn thương.

6.3.2. Dẫn lưu khối máu tụ nước tiểu qua da và qua nội soi niệu quản ngược dòng

Chỉ định khi điều trị bảo tồn nội khoa hoặc sau bảo tồn phẫu thuật có biến chứng rò nước tiểu, khối máu tụ nước tiểu sau phúc mạc căng to, áp xe hóa sẽ được điều trị dẫn lưu khối máu tụ qua da hoặc xuống bàng quang qua đường nội soi ngược dòng, đặt ống thông niệu quản kích thước lớn. Hai kỹ thuật này đã giảm thiểu tối đa chỉ định phẫu thuật mở và chỉ có khoảng 10% các tổn thương trên cần phải mổ mở.

6.3.3. Ứng dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị chấn thương thận

Phẫu thuật nội soi ổ bụng được ứng dụng để điều trị chấn thương các tạng trong phúc mạc từ những năm 2000 và đã đạt được những kết quả tốt thay thế cho một số chỉ định mổ mở. Tuy nhiên, trên thế giới chỉ có rất ít nghiên cứu ứng dụng phương pháp này để điều trị chấn thương thận. Đến năm 2010, lần đầu tiên trong nước tại bệnh viện Việt Đức, phẫu thuật nội soi ổ bụng được áp dụng để điều trị chấn thương thận kín có chỉ định mổ. Đường mổ nội soi qua phúc mạc và sau phúc mạc cho phép xử trí một số tổn thương thận như khâu cầm máu nhu mô và đường bài tiết vỡ, lấy máu tụ sau phúc mạc và dẫn lưu khối tụ dịch máu sau phúc mạc triệt để hơn hai phương pháp dẫn lưu qua da và qua nội soi ngược dòng nêu trên. Trên thực tế, phẫu thuật nội soi được chỉ định cho những tổn thương chấn thương thận độ III - IV và đã giải quyết được khoảng 60 - 70% các trường hợp có chỉ định mổ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày chẩn đoán xác định chấn thương thận?

Câu 2. Trình bày chẩn đoán phân độ trong chấn thương thận?

Câu 3. Trình bày nguyên tắc xử trí chấn thương thận và những chỉ định phẫu thuật?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Long, Vũ Nguyễn Khải Ca (2007). “Chấn thương thận”, Bệnh học Tiết niệu - Nhà xuất bản Y học Hà Nội, trang 111 - 126.
2. Hoàng Long (2012). “Đánh giá kết quả theo dõi xa sau phẫu thuật bảo tồn chấn thương thận kín”, Tạp chí Y học thực hành, tập 816, số 4/2012, trang 84 - 88.
3. Hoàng Long (2012). “Kết quả điều trị bảo tồn chấn thương thận độ IV”, Tạp chí Y học thực hành, tập 821, số 5/2012, trang 96 - 100.
4. Hoàng Long, Vũ Nguyễn Khải Ca, Đỗ Ngọc Sơn, Chu Văn Lâm, Nguyễn Tiến Quyết (2013). *Vai trò của phẫu thuật nội soi ổ bụng trong điều trị bảo tồn chấn thương thận độ IV*. Tạp chí Y học Việt Nam tháng 8 - số đặc biệt / 2013, tập 409 : 279 - 287.
5. Alsika N.F., Rosenstein D.I (2006). “*Staging, Evaluation and Nonoperative Management of Renal Injuries*”, Urology Clinics of North America, 33, p. 13 - 19.
6. Bruce L.M., Croce M.A., Santaniello J.M., Miller P.R., Lyden S.P., Fabian T.C (2001). “*Blunt renal artery injury: incidence, diagnosis and management*”, The American Journal of Surgery, 67, p. 550 - 554.
7. Cantasdemir M., Adaletli I., Cebi D., Kantarci F., Selcuk N.D., Numan F (2003). “*Emergency Endovascular Embolization of Traumatic Intrarenal Arterial Pseudoaneurysms with N - Butyl Cyanoacrylate*”, Clinical Radiology, 58, p. 560 - 565.
8. Hagiwara A., Sakaki S., Goto H., Takenega K., Fukushima H., Shimazaki S (2001). “*The Role of Interventional Radiology in the Management of Blunt Renal Injury: A Practical Protocol*”, The Journal of Trauma, 51, p. 526 - 531.
9. Heyns C.F (2004). “*Renal trauma: indications for imaging and surgical exploration*”, The Bristish Journal of Urology, 93, p. 1165 - 1170.
10. Kabalin J.N (2002). “*Surgical anatomy of the retroperitoneum, kidneys and ureters*”, Campbell’s urology, 8th edition, W.B. Saunders company, 8, 1, p. 4 - 36.
11. Kawashima A., Sandler C.M., Fishman E.K., Goldman S.M (2002). “*Imaging evaluation of posttraumatic renal injuries*”, Abdominal Imaging, 27, p. 199 - 213.
12. McAninch J.W., Santucci R.A (2002). “*Genitourinary trauma*”. Campbell’s urology, 8th edition, W.B. Saunders company, 4, 105, p. 3707 - 3740.
13. Moore E.E., Shackford S.R., Pachter H.L (1989). “*Organ injury scaling: spleen, liver and kidney*”, The Journal of Trauma, 29, p. 1664 - 1666.
14. Santucci R.A., McAninch J.W., Safir M., Segal M.R (2001). “*Validation of the American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Severity Scale for the Kidney*”. J Trauma . 50, p. 195 - 200.

15. Lynch T.H., Martýnez-Pineiro L., Plas E., Serafetinides E., Santucci R.A., Hohenfellner M (2005). "EAU Guidelines on Urological Trauma". European Urology. 47, p. 1-15.
16. Buckley JC, McAninch JW (2011), Revision of Current American Association for the Surgery of Trauma Renal Injury Grading System. *The Journal of Trauma*, 70(1): 35 - 37.
17. Seyfettin Ciftci, J. Stuart Wolf, Jr (2013). Laparoscopic treatment of Page kidney: a report of two cases and review of the literature, *Turkish Journal of Urology*, 39(2): 126 - 130.

CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

Hoàng Long, Nguyễn Huy Hoàng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được cơ chế gây thương tổn niệu đạo trước và niệu đạo sau.
2. Trình bày được các hình thái giải phẫu bệnh lý trong chấn thương niệu đạo.
3. Trình bày được chẩn đoán xác định của chấn thương niệu đạo.
4. Trình bày được nguyên tắc điều trị chấn thương niệu đạo.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương niệu đạo là một cấp cứu thường gặp trong tiết niệu, chiếm khoảng 15% các chấn thương của đường tiết niệu, hay gặp ở những người trong độ tuổi lao động.

Đây là một cấp cứu cần phải được xử trí kịp thời để tránh các tai biến nguy hiểm trước mắt: bí đái, viêm tấy nước tiểu vùng tầng sinh môn và tránh các di chứng phức tạp về sau: viêm niệu đạo, hẹp niệu đạo.

Chấn thương niệu đạo hay gặp trong tai nạn giao thông và tai nạn lao động.

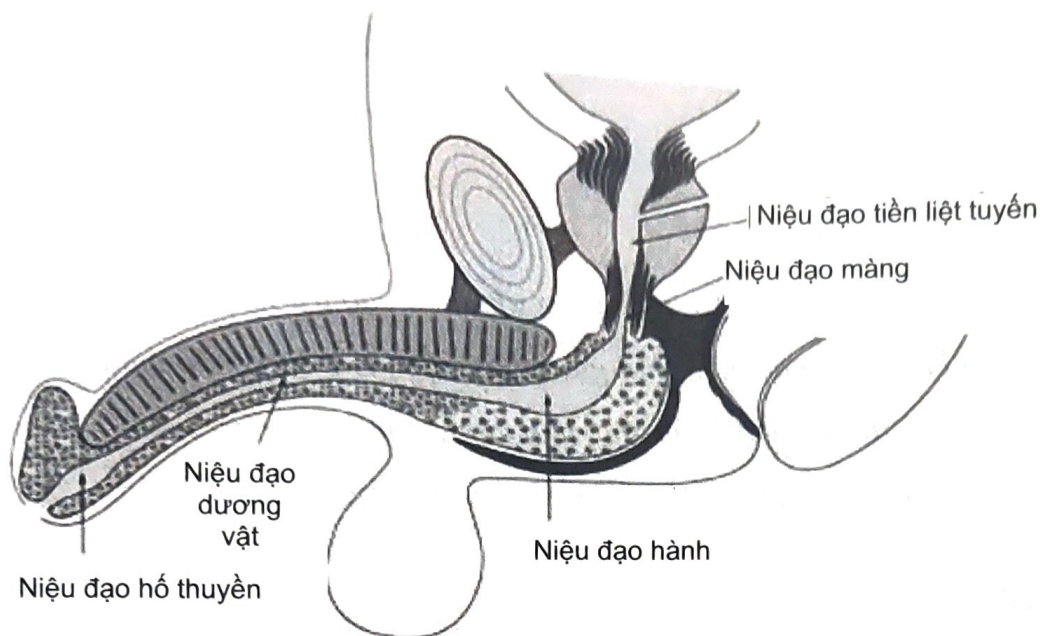
Về cấu tạo giải phẫu, niệu đạo nam được chia làm hai phần là niệu đạo trước và niệu đạo sau. Trên lâm sàng, chấn thương niệu đạo trước và sau khác hẳn nhau về cơ chế gây tổn thương cũng như về chẩn đoán và điều trị.

2. GIẢI PHẪU NIỆU ĐẠO

Về giải phẫu học, niệu đạo nam được chia làm hai đoạn gồm niệu đạo trước và niệu đạo sau. Niệu đạo trước gồm niệu đạo hành và niệu đạo dương vật, niệu đạo sau gồm niệu đạo màng và niệu đạo tiền liệt tuyến.

Niệu đạo ở nữ rất ngắn, tương đương với đoạn niệu đạo sau ở nam và có quan hệ mật thiết với âm đạo. Chấn thương niệu đạo ở nữ thường gặp là những tổn thương phối hợp phức tạp vùng tầng sinh môn.

Niệu đạo ở nam giới dài khoảng 16cm, đoạn niệu đạo tiền liệt tuyến dài khoảng 2,5-3cm; đoạn niệu đạo màng dài khoảng 1,2cm, và đoạn niệu đạo xốp dài khoảng 12cm.



Hình 1. Giải phẫu niệu đạo nam giới

2.1. Đặc điểm niệu đạo trước

Niệu đạo trước đi từ miệng sáo tới niệu đạo hành đến sát tầng sinh môn, đặc điểm của đoạn này là có vật xốp bao bọc, vật xốp là thành phần cương dương của dương vật và mô cương này trở nên rất dày ở niệu đạo hành do đó nếu chấn thương thường chảy máu rất nhiều, trong quá trình lành vết thương dễ phát sinh xơ gây hẹp niệu đạo.

Niệu đạo trước chia làm hai phần cố định và phần di động: Phần di động là niệu đạo dương vật ít khi bị chấn thương, phần cố định là đoạn đi từ trước dương vật đến trước hậu môn đây là đoạn dễ bị chấn thương của niệu đạo trước.

2.2. Đặc điểm niệu đạo sau

Niệu đạo sau đi từ cổ bàng quang đến hành niệu đạo, gồm hai phần:

Niệu đạo tiền liệt tuyến: dài 2,5-3cm, được tiền liệt tuyến bao bọc và ít khi bị tổn thương.

Niệu đạo màng: Dài 1,2cm có cơ thắt bao bọc và đoạn này có liên quan mật thiết với cơ đáy chậu giữa. Trong trường hợp gãy xương chậu có di lệch, cơ đáy chậu giữa bị rách làm niệu đạo màng cũng rách theo, dẫn đến di lệch hai đầu niệu đạo theo sự di lệch của xương.

3. CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO TRƯỚC

3.1. Nguyên nhân, cơ chế

Niệu đạo trước là đoạn niệu đạo nằm trong vật xốp, gồm hai phần:

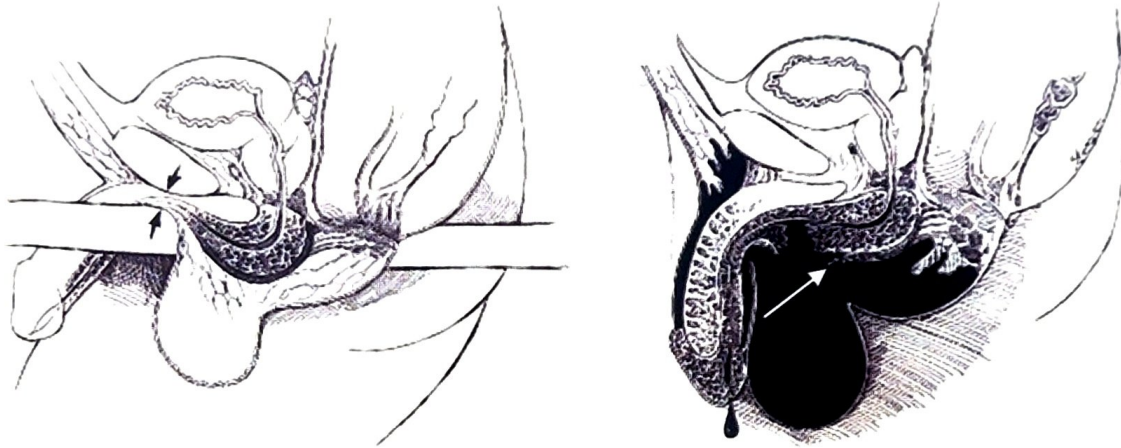
- Phần di động trước xương mu là niệu đạo dương vật, ít khi bị tổn thương, chỉ bị giập vỡ khi dương vật bị bẻ lúc cương. Vết thương niệu đạo trước gặp do bị đạn bắn, bị cắt, bị vật nhọn chọc vào hoặc do bị vật nuôi (chó hoặc lợn) cắn.

- Phần cổ định là niệu đạo tăng sinh môn hay bị dập hoặc đứt.

Nguyên nhân do ngã ngồi trên vật cứng như trượt ngã ngồi trên mạn thuyền, trên cầu thang hay xoạc chân trên giàn giáo. Trọng lượng cơ thể dồn xuống xương mu, tầng sinh môn bị ép giữa vật cứng và bờ dưới xương mu làm dập hay đứt niệu đạo.

Do bị lực tác động mạnh trực tiếp vào tầng sinh môn: Cơ chế tương tự.

Tổn thương niệu đạo do các thủ thuật nội soi có xu hướng gia tăng.



Hình 2. Cơ chế tổn thương niệu đạo hành.

3.2. Giải phẫu bệnh

Tùy theo tai nạn, lực ép từ cao xuống cùng với trọng lượng cơ thể và sức dội của vật cứng ở dưới mà tổn thương ở các mức độ khác nhau.

3.2.1. Đứt không hoàn toàn

- Vật xóp bị dập, vỡ, chảy máu gây tụ máu tầng sinh môn.

- Niệu đạo bị dập thường là từ trong ra ngoài: Lớp niêm mạc, lớp thành và lớp bên ngoài gây chảy máu niệu đạo, tụ máu nhẹ quanh dương vật nhưng cân Burk còn nguyên vẹn và hai đầu niệu đạo không bị tách xa nhau.

- Loại này điều trị bảo tồn được: Đặt sonde niệu đạo và điều trị kháng sinh.

3.2.2. Đứt hoàn toàn

- Vật xóp bị đứt ngang, bầm dập tổ chức rộng lớn.

- Hai đầu niệu đạo đứt một phần hay toàn bộ rời nhau, có khi tới 1-2 cm, niệu đạo đứt thông với lớp tế bào dưới da gây chảy máu nhiều qua miệng sáo, cân Burk bị rách gây tụ máu và nước tiểu lớn tầng sinh môn dẫn đến viêm tấy nước tiểu rất nguy hiểm.

- Loại này phải được xử trí kịp thời.

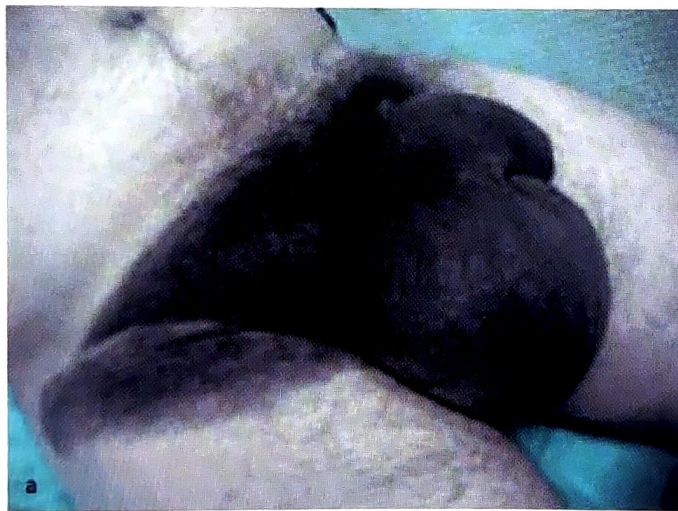
3.3. Triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán

3.3.1. Hỏi bệnh

- Cơ chế và hoàn cảnh xảy ra tai nạn, giờ xảy ra tai nạn?
 - Sau tai nạn ngã trên một vật cứng có đau chói tầng sinh môn, có thể ngất đi hoặc không ngồi dậy và đi lại được.
 - Sau tai nạn có đái được không?
 - Sau tai nạn có chảy máu miệng sáo nhiều hay ít, từng đợt hay liên tục, không tự ngừng mặc dù bệnh nhân tự lấy tay ép vào vùng bị tổn thương.
- Nếu đến khám muộn, bệnh nhân sẽ đau tăng lên và có biểu hiện nhiễm trùng.

3.3.2. Thăm khám tại chỗ

- Chảy máu miệng sáo hoặc thấm ra quần áo sau tai nạn, dương vật sưng tím.
- Khám tầng sinh môn có điểm đau chói và thấy máu chảy ra miệng sáo.
- Thấy khối máu tụ vùng tầng sinh môn hình cánh bướm to hoặc nhỏ tùy mức độ tổn thương và thời gian đến. Khối máu tụ có thể lan rộng về phía bên, mặt trong đùi, dừng lại ở bờ trước của hậu môn, bìu căng to.
- Khám thấy cầu bàng quang khi bệnh nhân không đái được.



Hình 3. Tụ máu tầng sinh môn sau chấn thương niệu đạo trước.

*** Các hình thái lâm sàng biểu hiện thương tổn như sau:**

- Dạng vật xóp đơn thuần chủ yếu là tụ máu tầng sinh môn; Không có chảy máu niệu đạo; Bệnh nhân vẫn đái dễ, nước tiểu trong.
- Đứt niệu đạo không hoàn toàn: Chảy máu miệng sáo tự cầm, tụ máu nhẹ tầng sinh môn. Bệnh nhân có thể đái được hoặc không tự đái được do phản xạ. Thăm khám thấy bàng quang căng.

- Đứt niệu đạo hoàn toàn: Chảy máu miệng sáo nhiều và khối máu tụ - nước tiểu lớn vùng tầng sinh môn. Thăm khám thấy bí đái, bàng quang căng.

*** *Chẩn đoán dựa trên cơ chế gây tai nạn và triệu chứng lâm sàng:***

Để chẩn đoán xác định rõ thương tổn cần:

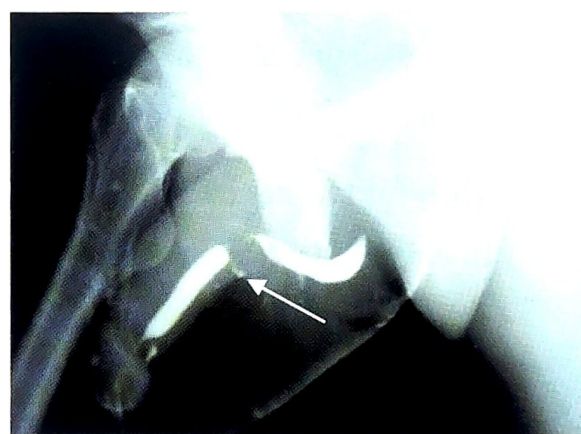
- Chụp niệu đạo ngược dòng. Cần tiến hành vô trùng và nên làm sau tai nạn 3 ngày.

→ Thuộc cản quang tràn ra ngoài niệu đạo?

→ Thuộc cản quang đọng ở tầng sinh môn?

- Soi niệu đạo chẩn đoán đứt niệu đạo hoàn toàn hay không hoàn toàn.

- Tuyệt đối không được thăm dò bằng ống thông đái vì có thể gây tổn thương thêm và dễ nhiễm khuẩn.



Hình 4. Hình ảnh X quang hẹp niệu đạo trước.

3.4. Diễn biến

3.4.1. Bí đái

Sau 2-4 giờ, bệnh nhân cảm giác căng tức vùng dưới rốn và không đái được. Bí đái có thể do đau gây phản xạ không dám tiểu tiện, hoặc bí đái lúc đầu là phản xạ tự vệ, về sau các cơ thắt bàng quang niệu đạo co lại gây bí đái thực sự, khi đó là tổn thương niệu đạo thực sự.

3.4.2. Viêm tấy nước tiểu tầng sinh môn

Do bí đái tăng dần trong những ngày đầu, nước tiểu rỉ ra qua niệu đạo đứt và máu tụ ở tầng sinh môn gây viêm tấy nước tiểu làm bủn và tầng sinh môn căng mọng, toàn thân suy sụp nhanh, nhiễm trùng, nhiễm độc, đe dọa tính mạng.

3.4.3. Áp xe tầng sinh môn

Ở viêm tầng sinh môn được điều trị kháng sinh và khu trú lại, có thể phá vỡ ra ngoài tầng sinh môn gây rò nước tiểu.

3.4.4. Hẹp niệu đạo

Là hậu quả thường gặp sau đứt niệu đạo. Những trường hợp đứt niệu đạo hoàn toàn hoặc không hoàn toàn điều trị ban đầu chưa giải quyết phục hồi niệu đạo ngay thì sau một thời gian ngắn tổn thương niệu đạo sẽ tiến triển viêm xơ gây hẹp niệu đạo hoàn toàn hoặc không hoàn toàn.

3.5. Điều trị

3.5.1. Đánh giá đúng tổn thương

Dựa hoàn toàn vào các triệu chứng lâm sàng để đưa ra hướng xử trí đúng:

- Bệnh nhân đái được hay không; bí đái, bàng quang căng.
- Chảy máu niệu đạo nhiều, không tự cầm.
- Khối máu tụ tầng sinh môn hình cánh bướm to, lan nhanh.
- Bệnh nhân đến muộn có viêm tấy nước tiểu vùng tầng sinh môn.

3.5.2. Nguyên tắc xử trí

- Bí đái, cầu bàng quang căng → Mở thông bàng quang.
- Máu tụ lớn tầng sinh môn → Mở lấy máu tụ và cầm máu niệu đạo.
- Viêm tấy nước tiểu tầng sinh môn → Rạch mở rộng tầng sinh môn.

3.5.3. Điều trị cụ thể

- Bệnh nhân đái được, nước tiểu trong hoặc đỏ đầu bãi:

Dập niệu đạo nhẹ, không can thiệp tại chỗ, chỉ theo dõi, điều trị thuốc giảm đau, kháng sinh. Sau một tuần, nong niệu đạo và chụp niệu đạo kiểm tra. Theo dõi về sau để phòng hẹp niệu đạo.

- Bệnh nhân không đái được:

+ Có cầu bàng quang và chảy máu niệu đạo ít, tụ máu tầng sinh môn ít (dập niệu đạo, hai đầu không đứt rời):

- Đặt ống thông niệu đạo vào bàng quang vô trùng, nhẹ nhàng và có thể lưu ống thông 1-3 ngày.

- Giảm đau, kháng sinh và theo dõi.

• Sau khi rút ống thông niệu đạo, sẽ chụp niệu đạo kiểm tra sau 7 ngày, hoặc nong niệu đạo thử và theo dõi hẹp niệu đạo về sau.

- + Có cầu bàng quang và chảy máu nhiều, liên tục:

- Đây là trường hợp đứt niệu đạo hoàn toàn và hai đầu đứt rời xa nhau.
- Mở dẫn lưu bàng quang đơn thuần.

- Trường hợp có máu tụ vùng tầng sinh môn lớn:
- + Mở dẫn lưu bàng quang.
- + Mở tầng sinh môn lấy máu tụ, cầm máu hai đầu niệu đạo và cắt nối phục hồi niệu đạo ngay.
- Trường hợp đến muộn có viêm tấy nước tiểu tầng sinh môn:
- + Mở dẫn lưu bàng quang.
- + Mở rộng tầng sinh môn, rạch theo đường giữa lấy máu tụ, nước tiểu nhiễm trùng và dẫn lưu ổ nhiễm trùng bằng gạc tẩm betadin.

3.5.4. Phẫu thuật khâu nối phục hồi niệu đạo ngay thì đầu

- Một số tác giả thực hiện thành công: Young (1926), Sabadini (1948).
- Trên thực tế, kết quả không phải bao giờ cũng tốt vì nối niệu đạo ngay thì đầu có một số nhược điểm:
 - + Khó phân định giữa tổ chức niệu đạo dập nát và tổ chức niệu đạo lành, nhất là đoạn niệu đạo dập thấm máu và nước tiểu dễ nhiễm khuẩn.
 - + Khâu nối thì đầu: Không phải ở đâu, lúc nào cũng thực hiện được.
- Đa số các tác giả chủ trương mổ hai thì:
 - + Thì 1: Cấp cứu - dẫn lưu bàng quang kết hợp lấy máu tụ tầng sinh môn và cầm máu niệu đạo.
 - + Thì 2: Mổ sớm, cắt đoạn niệu đạo xơ hẹp và khâu nối tận - tận.
- Kết quả chắc chắn hơn. Thời gian có thể từ sau 1-4 tuần.
- Khi có di chứng hẹp niệu đạo trước thì tùy chiều dài và vị trí đoạn hẹp mà có phương pháp điều trị như: nong niệu đạo, cắt trong niệu đạo nội soi đối với trường hợp sẹo nhỏ và ngắn hoặc phẫu thuật cắt bỏ mô sẹo và tạo hình lập lại lưu thông niệu đạo trước. Tất cả các trường hợp sau phẫu thuật đều phải theo dõi tránh hẹp lại chỗ niệu đạo được tạo hình.

4. ĐỨT NIỆU ĐẠO SAU

Đứt niệu đạo sau là một trong những tai biến do vỡ xương chậu gây nên ở nam giới. Sự giãn xé giữa tuyến tiền liệt cố định bởi xương mu và niệu đạo hành cố định với cân đáy chậu giữa ở vùng tầng sinh môn làm rách hay đứt đôi niệu đạo màng. Biểu hiện lâm sàng thường bị lu mờ trong bệnh cảnh chung của vỡ xương chậu và các tổn thương phối hợp. Thái độ xử trí tùy thuộc vào tình trạng và mức độ chấn thương.

4.1. Thương tổn giải phẫu bệnh lý

4.1.1. Vỡ xương chậu

10-20% vỡ xương chậu gây đứt niệu đạo sau, chủ yếu là các thể vỡ cung trước hay thể toác khớp mu.

4.1.2. Đứt niệu đạo sau

- Đứt niệu đạo màng trong 90% các trường hợp khi vỡ cung trước xương chậu hoặc toác khớp mu gây di lệch cân đáy chậu giữa. Niệu đạo màng là một ống mỏng đi qua cân này nên cũng bị co kéo rách đứt không hoàn toàn (34%) hay hoàn toàn (65%), có khi chỉ bị kéo dài ra.

- Đứt niệu đạo tuyến tiền liệt (8-10%) thường gặp trong những chấn thương nặng và ở người trẻ do các mảnh xương gãy chọc vào.

- Đứt cổ bàng quang: Hiếm gặp hơn trên lâm sàng (thường gặp ở nữ).

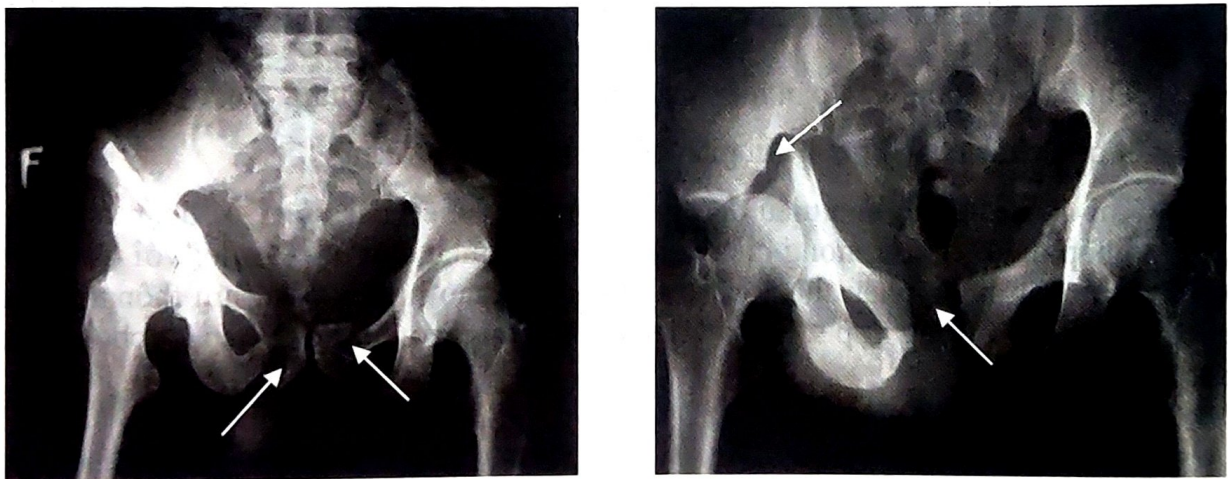
4.1.3. Các thương tổn phối hợp

- Vỡ bàng quang: Có thể vỡ bàng quang trong phúc mạc, ngoài phúc mạc hoặc phối hợp cả hai.

- Vỡ xương chậu cũng có thể nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương với các thương tổn tạng ở bụng, ngực, sọ não, gãy xương phối hợp.

- Vỡ xương chậu gây tổn thương đám rối tĩnh mạch sau xương mu, đám rối tĩnh mạch Santorini, bó mạch chậu gây chảy máu và tụ máu sau phúc mạc lan rộng.

- Các tổn thương phối hợp là nguyên nhân chính làm nặng tình trạng bệnh; còn tổn thương quanh niệu đạo làm cho điều trị phục hồi chức năng niệu đạo trước mắt và sau này khó khăn hơn (xơ hóa và nhiễm trùng).



Hình 5. Hình ảnh X quang vỡ xương chậu di lệch

4.2. Lâm sàng

4.2.1. Bệnh cảnh chung của vỡ xương chậu

- Sốc vừa và nặng: Bệnh nhân như lịm đi, nhợt nhạt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ trong 75% các trường hợp.

- Nguyên nhân:

+ Đau do gãy xương.

+ Mất máu do máu tụ bàng quang, sau phúc mạc vì tổn thương đám rối tĩnh mạch tiểu khung.

+ Tổn thương phối hợp trong đa chấn thương.

- Tụ máu lớn trước bàng quang, sau phúc mạc làm bụng trướng căng và đau âm ỉ gây nhầm lẫn hay che dấu những tổn thương trong phúc mạc.

4.2.2. Phát hiện đứt niệu đạo sau (niệu đạo màng)

Tình trạng chung của vỡ xương chậu nhiều khi làm lu mờ triệu chứng của đứt niệu đạo. Vì vậy, khi phát hiện vỡ xương chậu phải nghĩ đến tổn thương niệu đạo sau.

- Chảy máu niệu đạo thường ít, rỉ ra ở miệng sáo hoặc có khi không có chảy máu miệng sáo.

- Bí đái: Sau khi hồi sức chống sốc, bệnh nhân tỉnh lại muốn đi tiểu nhưng không đi được. Khám có cầu bàng quang. Phân biệt đôi khi khó với các trường hợp tụ máu lớn trước bàng quang.

- Thăm khám:

+ Máu tụ quanh hậu môn: Thể hiện sự rách cân đáy chậu giữa làm máu tụ quanh rốn hậu môn, dấu hiệu này thường gặp và xuất hiện muộn.

+ Thăm trực tràng: Có vùng đau tương ứng với niệu đạo sau ở thành trước trực tràng, thấy khối máu tụ tiểu khung.

Thấy niệu đạo xuyên tiền liệt di động và được đẩy lên cao thể hiện sự vỡ phức tạp và hoàn toàn của niệu đạo màng.

4.3. Chẩn đoán

4.3.1. Chẩn đoán xác định

- Bệnh nhân có vỡ xương chậu.

- Bí đái - bàng quang căng.

- Chảy máu miệng sáo ít, tụ máu quanh hậu môn.

- Đặt ống thông niệu đạo vào bàng quang, ống thông dừng lại và rút có máu chảy ra miệng sáo.

- Chụp niệu đạo - bàng quang ngược dòng khẳng định chắc chắn nhất thương tổn niệu đạo đứt không hoàn toàn hoặc hoàn toàn, thấy thuốc cản quang tràn ra ngoài niệu đạo sẽ cho phép khách quan hóa một thương tổn niệu đạo.

- Chụp niệu đồ tĩnh mạch ít được áp dụng, thường để phát hiện thương tổn ở thận, niệu quản, bàng quang. Chụp thì chậm bàng quang - niệu đạo (thì đi tiểu) cho thấy bàng quang bình thường nhưng cổ bàng quang không mở thì chắc chắn có tổn thương niệu đạo sau. Phương pháp này tránh được nhiễm khuẩn nhưng khó thực hiện trong cấp cứu.

- Soi niệu đạo chỉ định khi vỡ không hoàn toàn, đụng dập niêm mạc niệu đạo.

4.3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Vỡ tuyến tiền liệt, đứt niệu đạo tuyến tiền liệt.

Biểu hiện chảy máu niệu đạo dữ dội: Chảy máu nhiều qua miệng sáo và bàng quang căng tức nhanh vì chứa đầy máu cục.

Bệnh nhân đau tức vùng dưới rốn, vật vã dữ dội hơn, nhiều khi mổ mới chẩn đoán xác định được.

- Vỡ bàng quang:

+ Bệnh nhân đái vài giọt nước tiểu nhuộm máu.

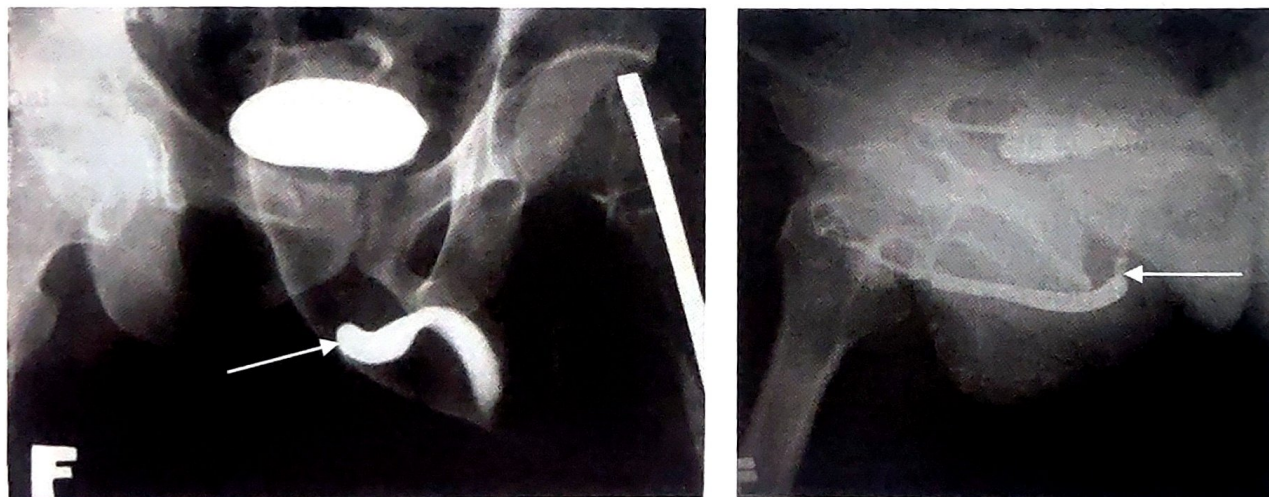
+ Đau quặn bụng vùng dưới rốn, không đái được, không có cầu bàng quang. Khám trên xương mu cảm giác có một vùng đầy, đau không rõ ràng.

+ Đặt ống thông niệu đạo dễ, ra nước tiểu có máu và tia nước tiểu chảy ra yếu. Phân biệt với đứt niệu đạo sau không hoàn toàn.

+ Trong vỡ bàng quang trong phúc mạc thấy bụng trướng, có cảm ứng phúc mạc.

+ Chụp niệu đạo ngược dòng thấy thuốc tràn ra ngoài bàng quang.

+ Siêu âm: Thấy khối dịch quanh bàng quang hoặc trong ổ bụng. Trong nhiều trường hợp, đứt niệu đạo sau kết hợp với vỡ bàng quang.



Hình 6. Hình ảnh X quang hẹp niệu đạo sau

4.4. Diễn biến - Biến chứng

- Tai nạn gây vỡ xương chậu và các tai biến tiết niệu thường có nguy cơ tử vong cao đến 30% do sốc mất máu, vì vậy cần hồi sức chống sốc kịp thời.

- Diễn biến xấu khi điều trị không đúng và chậm.

Nguy cơ chính là rỉ nước tiểu, nhiễm khuẩn gây viêm tấy nước tiểu vùng tiểu khung, hồ ngồi trực tràng, gây biến chứng sớm nhiễm trùng nhiễm độc, urê máu cao do hấp thụ và có thể gây tử vong.

Biến chứng muộn gây viêm xương kéo dài, rò nước tiểu sệt xơ khó khăn cho việc tạo hình niệu đạo sau này, làm ảnh hưởng đến chức năng thận.

15,3% bệnh nhân có triệu chứng bất lực tạm thời hay vĩnh viễn do tổn thương mạch máu và thần kinh.

- Nếu điều trị sớm, đúng đắn sẽ tránh được nhiễm khuẩn, xương chậu liền tốt không ảnh hưởng tới tạo hình niệu đạo về sau (nếu có hẹp).

4.5. Phân độ chấn thương niệu đạo sau

Chia làm ba độ theo Colapinto và Mc Callum, 1977

Độ 1: Niệu đạo màng bị kéo dẫn nhưng chưa vỡ

Độ 2: Vỡ phần niệu đạo màng ngay mỏm tuyến tiền liệt.

Độ 3: Vỡ niệu đạo màng kéo dài đến niệu đạo hành.

Chia độ theo AAST (American Association for the Surgery of Trauma) 2001:

Độ 1: Đụng dập niệu đạo, máu ra miệng sáo với RUG bình thường.

Độ 2: Niệu đạo bị kéo dẫn và RUG thuốc không chảy ra ngoài niệu đạo

Độ 3: Vỡ một phần niệu đạo: Thuốc thoát ra ngoài niệu đạo và vào bàng quang một phần trên RUG.

Độ 4: Vỡ hoàn toàn niệu đạo: Thuốc thoát ra ngoài niệu đạo, không vào bàng quang trên RUG, và hai đầu niệu đạo cách xa nhau < 2cm.

Độ 5: Vỡ hoàn toàn niệu đạo: Thuốc thoát ra ngoài niệu đạo và không vào bàng quang trên RUG, hai đầu niệu đạo cách xa nhau > 2cm hoặc kéo dài vào tuyến tiền liệt, cổ bàng quang hoặc âm đạo.

(RUG: Chụp X quang niệu đạo bàng quang ngược dòng)

4.6. Điều trị

4.6.1. Nguyên tắc xử trí toàn thân

Tùy theo tình trạng bệnh nhân có thương tổn phối hợp hay không mà định thái độ xử trí.

Trong chấn thương nặng, việc điều trị tổn thương niệu đạo được đặt xuống hàng thứ hai vì cần phải xử trí các thương tổn phối hợp đe dọa tiên lượng sống trong cấp cứu.

- Hồi sức chống sốc tiến hành đầu tiên.

+ Bồi phụ kịp thời và đầy đủ khối lượng tuần hoàn.

+ Chống suy hô hấp, trợ tim mạch, giảm đau.

+ Bất động xương gãy, đặt bệnh nhân trên ván cứng và chỉ vận chuyển khi huyết áp tối đa trên 90 mmHg.

- Đánh giá đầy đủ các thương tổn phối hợp: bụng, ngực, chi, sọ não. Tùy thương tổn mà phải ưu tiên phẫu thuật cấp bách để cứu sống tính mạng bệnh nhân. Phẫu thuật niệu đạo cùng thì chỉ là mở thông bàng quang đơn thuần.

- Khi bệnh nhân trong tình trạng chảy máu nặng và khối máu tụ sau phúc mạc tăng nhanh thì cần chỉ định mổ để cầm máu hiệu quả nếu cần sẽ thắt động mạch chậu trong hai bên hoặc chỉ định can thiệp nút động mạch chậu trong.

4.6.2. Thái độ xử trí đứt niệu đạo sau

Căn cứ vào tình trạng bệnh nhân, thương tổn cụ thể, cơ sở trang thiết bị, điều kiện cho phép, trình độ phẫu thuật viên mà đặt vấn đề xử trí thích hợp.

* Trường hợp mổ sớm (khối máu tụ sau phúc mạc chưa nhiễm trùng):

- Không được cố đặt ống thông niệu đạo vì:

+ Làm đau bệnh nhân.

+ Chọc vào ổ máu tụ gây nhiễm trùng.

+ Biến ổ gãy xương kín thành gãy hở.

- Để bệnh nhân nằm yên trên ván cứng và tránh di chuyển mạnh.

- Không được chọc kim vào bàng quang để hút nước tiểu khi bí đái vì sẽ:

+ Gây nhiễm trùng nặng khoang Retzius.

+ Ảnh hưởng xấu đến ổ xương gãy.

- Cần chẩn đoán phân biệt bí đái do phản xạ sau gãy xương chậu, sau gây mê, đặt được sonde niệu đạo thì cần lưu sonde trong 3 tuần để xương chậu lành, tránh di lệch thứ phát gây di lệch niệu đạo kèm theo.

- Mở thông bàng quang đơn thuần khi:

+ Tình trạng bệnh nhân nặng.

+ Cơ sở trang thiết bị không đầy đủ.

+ Phẫu thuật viên chưa quen nối niệu đạo (phục hồi niệu đạo tiến hành sau).

- Mở thông bàng quang và đặt ống thông niệu đạo khi:

+ Tình trạng bệnh nhân không quá nặng.

+ Cơ sở có trang thiết bị tạm đủ, phẫu thuật viên có thể làm được.

Nhằm mục đích điều chỉnh di lệch niệu đạo, giảm bớt xơ sẹo và hạn chế một phần chút hẹp phức tạp niệu đạo sau - kết quả chỉ có 30% bệnh nhân niệu đạo lưu thông được.

- Phục hồi lưu thông niệu đạo ngay thì đầu khi:

+ Đứt niệu đạo sau và vỡ xương chậu đơn thuần.

+ Cơ sở trang thiết bị đầy đủ, có phẫu thuật viên chuyên khoa.

+ Phục hồi lưu thông niệu đạo bằng cách khâu nối sau xương mu hoặc qua xương mu kết hợp cùng với điều chỉnh di lệch xương chậu - xương mu là biện pháp điều trị triệt để trong trường hợp đứt niệu đạo sau phức tạp. Trên thực tế, không phải lúc nào cũng đủ điều kiện thực hiện được vì làm như vậy có nguy cơ chảy máu nhiều, kéo dài thời gian phẫu thuật làm tình trạng bệnh nhân nặng thêm.

- Phục hồi lưu thông niệu đạo sau có trì hoãn: Xu hướng hiện nay là sau khi điều trị tình trạng sốc ổn định nên mổ sớm trong khoảng 1- 3 tuần đầu để phục hồi lưu thông niệu đạo, khâu nối tận - tận qua đường tầng sinh môn để đảm bảo chức năng tiểu tiện và sinh dục. Một số tác giả dùng nội soi (Mitchell) hướng dẫn để đặt một ống thông nòng để trong niệu đạo 3 tuần. Trong một số trường hợp, cần có sự kết hợp với các phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

- Phục hồi lưu thông niệu đạo thì hai (Morehouse):

+ Sau mổ dẫn lưu bàng quang, chờ 2 tháng để xương chậu liền hoặc sau chỉnh hình.

+ Khâu nối niệu đạo hành vào niệu đạo tuyến tiền liệt tận - tận qua đường tầng sinh môn sau khi đã cắt bỏ khối xơ.

+ Cắt trong niệu đạo nội soi khi đoạn hẹp ít và ngắn.

+ Tạo hình niệu đạo sau bằng vật da bìu khi đoạn hẹp dài, phức tạp.

** Trường hợp đến muộn, tụ máu sau phúc mạc lan rộng và có viêm tấy nước tiểu vùng tiểu khung:*

- Dẫn lưu bàng quang thật tốt kết hợp điều trị chống nhiễm trùng và suy thận.

- Dẫn lưu triệt để ổ máu tụ và nước tiểu vùng tiểu khung.

- Phẫu thuật phục hồi niệu đạo thì hai.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày chẩn đoán và nguyên tắc điều trị chấn thương niệu đạo trước?

Câu 2. Trình bày chẩn đoán và nguyên tắc điều trị chấn thương niệu đạo sau?

Câu 3. Trình bày cơ chế chấn thương và cách phân biệt chấn thương niệu đạo trước và sau?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Quỳnh. (2012) Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hẹp niệu đạo sau do vỡ xương chậu tại Bệnh viện Việt Đức. *Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
2. Lê Ngọc Từ. (2003) *Chấn thương niệu đạo - Bệnh học tiết niệu*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 172-181.
3. Đỗ Trường Thành. (2008) Nghiên cứu điều trị hẹp niệu đạo sau do vỡ xương chậu bằng phẫu thuật nối niệu đạo tận - tận qua đường tầng sinh môn. *Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.

4. Akshay P., Gupta DK et al. (2007) Complex urethral disruptions: in pursuit of a successful reconstruction. *J. Urol*, 14, p. 198-202.
5. Lynch TH., Mart3nez-Pineiro L., Plas E., Serafetinides E., Santucci RA., Hohenfellner M. (2005) EAU Guidelines on Urological Trauma. *European Urology*, 47, p. 1-15.
6. McAninch JW., Santucci RA. (2002) Genitourinary trauma. *Campbells Urology*, 8th edition, W.B. Saunders company, 4, 105, p. 3707-3740.
7. Morey AF. (2008) Erectile function after urethral reconstruction. *Asian J Androl*, 10 (1), p. 75-78.
8. Mundy AR. (2005) Surgical Atlas Anastomotic Urethroplasty. *BJU International*, 96, p. 921-944. 367, p. 1349-1380.
9. Waxman SW., Morey AF. (2006) *Management of urethral strictures*, The Lancet.

CHẨN THƯƠNG BÀNG QUANG

Hoàng Long, Nguyễn Đình Liên

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được cơ chế gây thương tổn bàng quang.
2. Trình bày được các hình thái giải phẫu bệnh lý trong chấn thương bàng quang.
3. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của chấn thương bàng quang.
4. Trình bày được nguyên tắc và chỉ định phương pháp điều trị chấn thương bàng quang.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Theo thống kê của nhiều nghiên cứu thì trong chấn thương bụng cần phải phẫu thuật, có tới 2% liên quan tới tổn thương bàng quang; có tới 7-15% vỡ xương chậu có vỡ bàng quang phối hợp. Ngược lại trong số bệnh nhân vỡ bàng quang thì có tới 75-90% có vỡ xương chậu. Và trong vỡ xương chậu mà có đứt niệu đạo sau thì có tới 10 - 29% có vỡ bàng quang kèm theo. Nhưng không có sự song hành giữa thể tổn thương bàng quang với mức độ nặng của vỡ xương chậu.

Các triệu chứng lâm sàng trong chấn thương bàng quang thường bị che lấp bởi các biểu hiện rầm rộ của vỡ xương chậu hoặc tổn thương nặng của các tạng trong ổ bụng nên dễ bị bỏ sót.

Tuy ít ảnh hưởng ngay lập tức đến tiên lượng sống nhưng cần phát hiện và xử trí sớm các thương tổn bàng quang để tránh các biến chứng nặng như viêm phúc mạc, viêm lan nước tiểu, viêm xương chậu và những di chứng nặng nề về tiểu tiện và sinh dục ở người trẻ.

2. SINH LÝ BỆNH HỌC

- Bàng quang ở người lớn ở sau xương mu, nằm sâu trong tiểu khung. Cổ bàng quang được cố định bởi các yếu tố: dây chằng mu bàng quang, dây chằng rốn, tuyến tiền liệt với dây chằng mu - tiền liệt tuyến. Bàng quang được cố định vào khung chậu bởi cơ bịt và cân đáy chậu giữa. Phía trước bàng quang là khoang Retzius với hệ tĩnh mạch dày đặc còn phía sau trên bàng quang được phúc mạc phủ, phần này tương đối di động và liên quan với khoang phúc mạc.

- Ở trẻ em, vùng tiểu khung không sâu như người lớn nên bàng quang nằm ở phía trên xương mu và về phía bụng nhiều hơn.

- Thương tổn bàng quang tùy thuộc vào cơ chế gây chấn thương và mức độ căng của bàng quang.

Chấn thương khi bàng quang rỗng là hậu quả của vỡ xương chậu do mảnh xương gãy đâm trực tiếp làm thủng bàng quang hoặc do bị giằng xé ở phần thấp của bàng quang.



Hình 1. Thiết đồ cắt đứng dọc, cơ chế vỡ bàng quang bị đè ép khi căng.

Chấn thương trên bàng quang căng: Đa phần do bị đè ép trong vỡ xương chậu hoặc chấn thương bụng kín; một số ít trường hợp là do thể tích bàng quang tăng đột ngột như bí tiểu cấp hoặc các thủ thuật bơm rửa bàng quang sẽ gây vỡ bàng quang ở vùng đỉnh nơi có phúc mạc phủ, gây vỡ bàng quang vào trong ổ bụng.

Chấn thương bàng quang có thể do thầy thuốc gây nên trong sự cố, tai biến trong điều trị sản phụ khoa, phẫu thuật nội soi tiết niệu qua đường niệu đạo, đặt sonde niệu đạo, phẫu thuật vùng tiểu khung,...

Tính dễ vỡ của bàng quang ở vùng này đã được khẳng định trên thực nghiệm, có khi gặp trường hợp bàng quang vỡ tự phát.

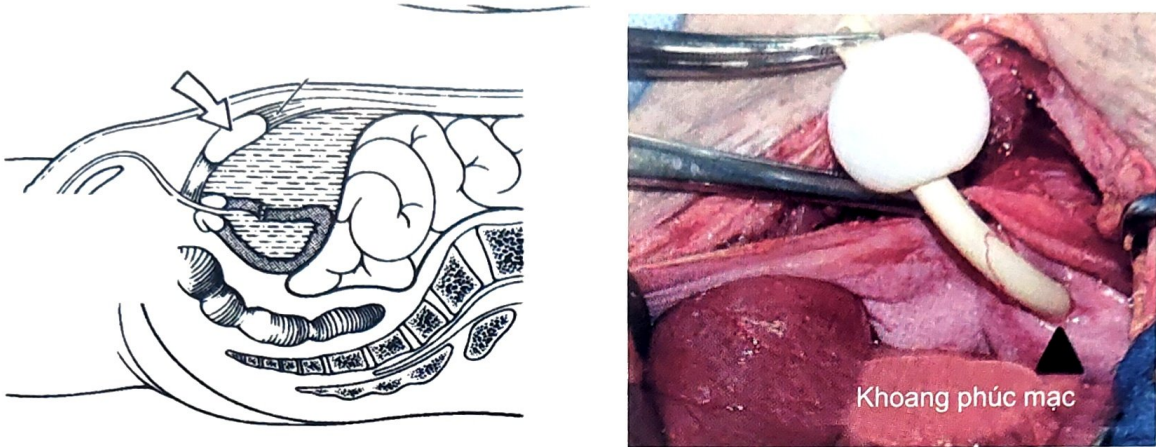
3. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU BỆNH

Chấn thương bàng quang gặp 2% trong đa chấn thương, 10% trong vỡ xương chậu. Không có sự song hành giữa thể tổn thương bàng quang với mức độ nặng của vỡ xương chậu. Có ba thể tổn thương bàng quang là:

3.1. Đụng giập bàng quang đơn thuần (5%)

Thương tổn chủ yếu là đụng giập lớp thanh cơ, chưa thủng niêm mạc bàng quang, không gây tràn nước tiểu ra xung quanh nhưng tụ máu có thể rất rộng ngay dưới niêm mạc trong lớp thanh cơ bàng quang.

3.2. Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc (44%)



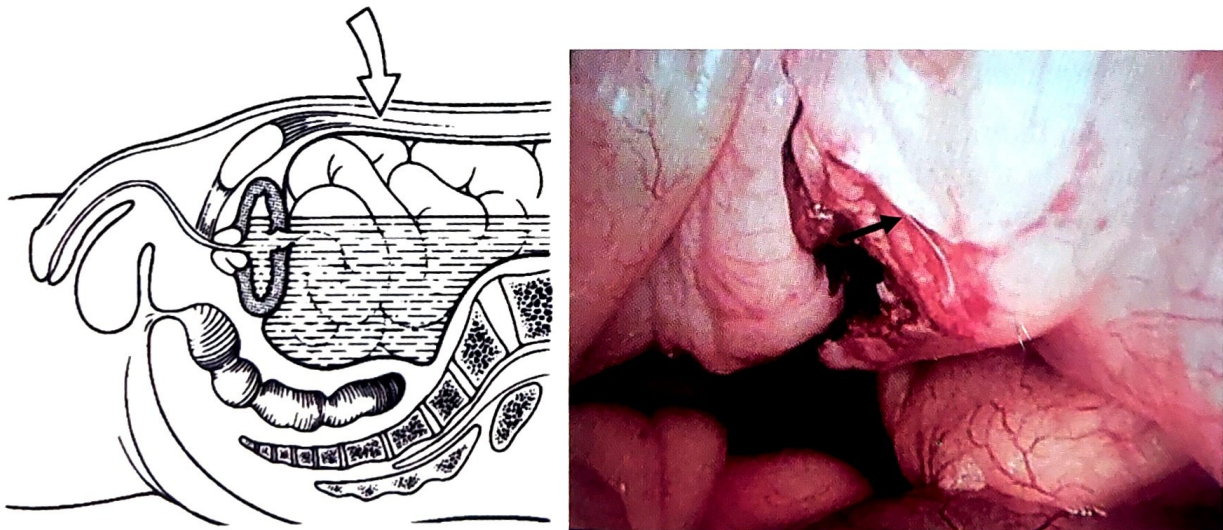
Hình 2. Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc, nước tiểu và máu khu trú ở khoang trước phúc mạc, sau xương mu.

Vị trí tổn thương thường ở mặt trước bàng quang trực tiếp với xương mu hoặc ở sau bên do ngành ngồi mu chọc vào.

Vết chọc có thể lớn hoặc do dây chằng mu bàng quang giãn xé làm gấp nát thành cơ hoặc mất một phần thành trước bàng quang gây tràn nước tiểu vào khoang Retzius.

Nếu lỗ thủng nhỏ chỉ gây rỉ thấm nước tiểu dần ra vùng tiểu khung.

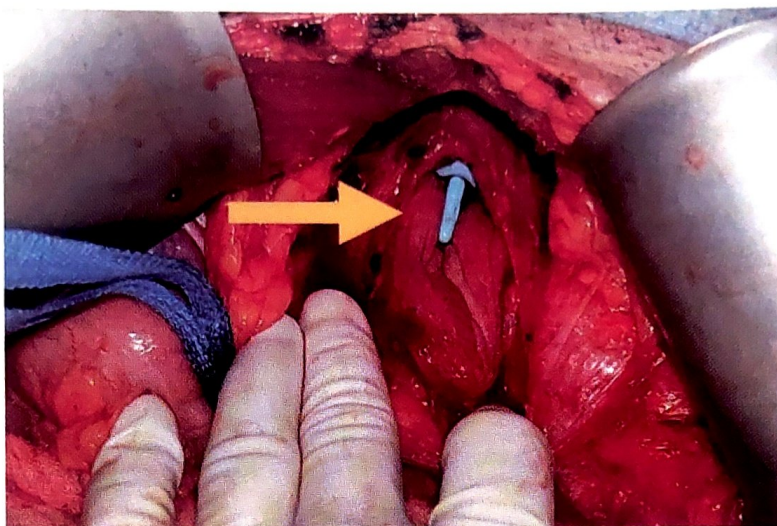
3.3. Vỡ bàng quang trong phúc mạc (48%)



Hình 3. Vỡ bàng quang trong phúc mạc, nước tiểu và máu tự do trong ổ bụng

Vị trí thường ở trên đỉnh bàng quang, đường vỡ thường rộng dọc từ trước ra sau làm nước tiểu tràn vào khoang phúc mạc. Trong 3% trường hợp gặp tổn thương đa dạng.

3.4. Đứt ngang cổ bàng quang - niệu đạo



Hình 4. Đường vỡ gần đứt rời cổ bàng quang

Có thể đứt một phần hay hoàn toàn, bàng quang bị kéo lên phía bụng.

3.5. Thương tổn kèm theo

- Tụ máu rộng vùng dưới và sau phúc mạc do tổn thương đám rối tĩnh mạch trước bàng quang vỡ tĩnh mạch tiểu khung.
- Ở nam giới, thường gặp thương tổn phối hợp với đứt niệu đạo sau (20%-25%) do cùng có cơ chế chấn thương trong vỡ xương chậu.
- Ở phụ nữ, có thể kèm với rách âm đạo gây chảy máu dữ dội.
- Thương tổn các tạng trong ổ bụng chiếm 10-15%, đặc biệt là thương tổn trực tràng.
- Chấn thương ngực (5 - 7%) gây xương sườn, tràn máu, tràn khí màng phổi, vỡ cơ hoành. Các tổn thương phối hợp càng làm cho tình trạng bệnh nhân có vỡ bàng quang nặng thêm.

4. LÂM SÀNG

4.1. Dấu hiệu toàn thân

Sốc chấn thương, mất máu biểu hiện ở đa số bệnh nhân (60-70%). Huyết áp tâm thu dưới 90 mmHg, mạch nhanh, vã mồ hôi, nhợt nhạt, chân tay lạnh.

4.2. Triệu chứng vỡ bàng quang

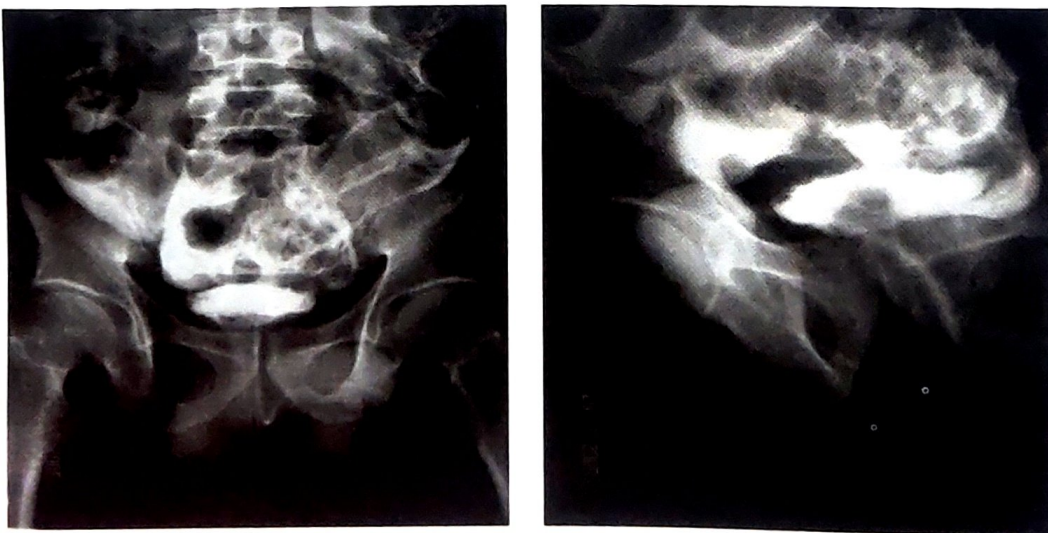
- Cơ năng:
 - + Bệnh nhân đau bụng vùng trên xương mu.
 - + Mất cảm giác đi tiểu hoặc tiểu ít, nước tiểu có máu.
- Thực thể:

- + Biến dạng khung chậu, khám dò ép khung chậu đau.
- + Bụng trương, có cảm ứng phúc mạc khắp bụng khi vỗ bâng quang trong phúc mạc. Khám không có cầu bâng quang.
- + Tụ máu lớn vùng dưới rốn, ngay trên xương mu. Khối máu tụ nước tiểu tiến triển nhanh cùng với biểu hiện mất máu gập trong vỗ bâng quang ngoài phúc mạc.
- + Đặt sonde bâng quang dễ dàng nhưng ra ít nước tiểu, nước tiểu có máu.
- + Thăm trực tràng: Túi cùng Douglas phồng đau trong vỗ bâng quang trong phúc mạc hoặc kèm thương tổn phối hợp trong ổ bụng. Có thể sờ thấy khối máu tụ, nước tiểu bưng nhùng sau bâng quang.
- + Ở phụ nữ, cần thăm âm đạo kiểm tra thương tổn rách âm đạo.
- + Thăm khám phát hiện các thương tổn khác: sọ não, lồng ngực, tứ chi...

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng thường kín đáo và bị che lấp trong bệnh cảnh đa chấn thương, nên trong vỡ xương chậu luôn phải nghĩ đến vỡ bâng quang.
- Dựa vào thăm khám cận lâm sàng giúp chẩn đoán chính xác hơn vỡ bâng quang trong hay ngoài phúc mạc:
 - + Chụp bụng không chuẩn bị: Hình ảnh liệt ruột cơ năng, các quai ruột giãn, nếp phúc mạc dày, có dịch trong ổ bụng.
 - + Chụp khung chậu đánh giá mức độ vỡ xương chậu, toác khớp mu.
 - + Chụp bâng quang có thuốc cản quang cho thấy những dấu hiệu chắc chắn nhất để chẩn đoán vỡ bâng quang: Thuốc cản quang trào ra xung quanh bâng quang hoặc vào trong phúc mạc.



Hình 5. Chụp bâng quang ngược dòng chẩn đoán vỡ bâng quang trong phúc mạc

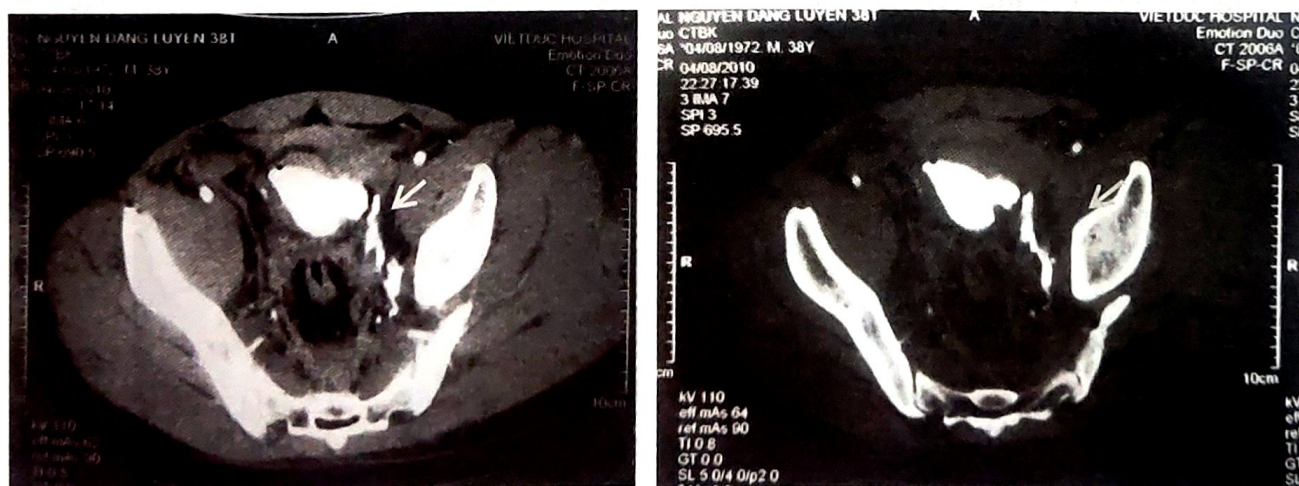


Hình 6. Chụp bàng quang ngược dòng chẩn đoán vỡ bàng quang ngoài phúc mạc

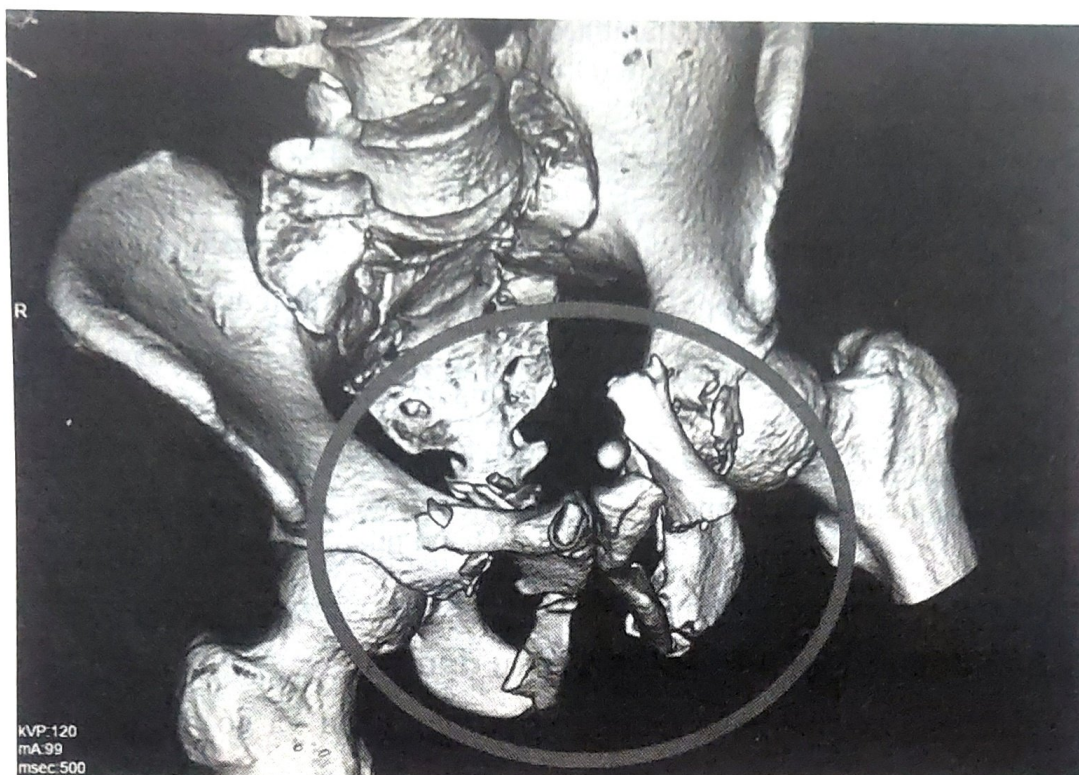
+ Chụp niệu đồ tĩnh mạch để chẩn đoán các thương tổn thận - niệu quản. Nếu chụp thì bàng quang có thể thấy thuốc tràn ra ngoài không đều dưới bàng quang (vỡ bàng quang ngoài phúc mạc) hoặc thuốc vào ổ phúc mạc (vỡ bàng quang trong phúc mạc), hoặc hình ảnh bàng quang bị biến dạng đặc trưng hình giọt nước và bị đẩy lên cao do khối máu tụ quanh bàng quang.

+ Siêu âm có giá trị tốt để chẩn đoán trong bệnh cảnh đa chấn thương hoặc để thăm dò chung khoang phúc mạc. Có thể thấy hình ảnh bàng quang biến dạng, đường vỡ bàng quang; siêu âm còn cho thấy mức độ tụ máu, nước tiểu quanh bàng quang và hình ảnh dịch trong ổ phúc mạc.

+ Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng đánh giá tổn thương tạng và phát hiện thoát thuốc cản quang ra ngoài qua đường vỡ bàng quang. Đặc biệt với chụp cắt lớp vi tính đa dãy có thể dựng hình được tổn thương của bàng quang và hệ thống xương chậu.

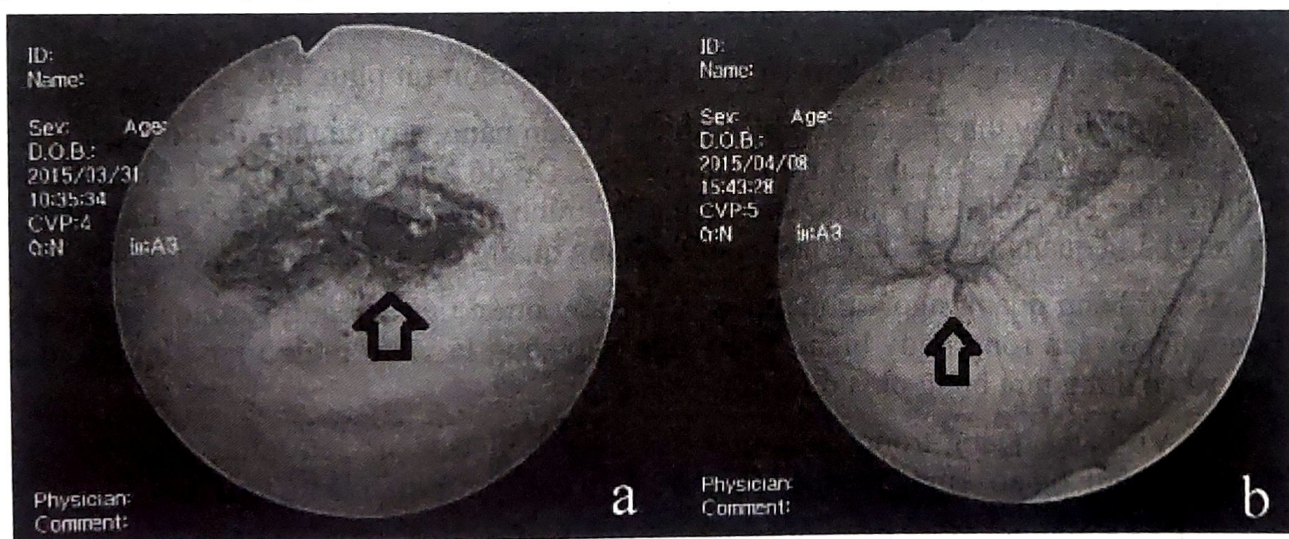


Hình 7. Chụp CT. Scanner chẩn đoán vỡ bàng quang ngoài phúc mạc



Hình 8. Vỡ phức tạp xương chậu

- Nội soi bàng quang: Hình ảnh thấy bàng quang dung tích nhỏ, có máu cục và thấy được điểm vỡ bàng quang. Trường hợp vỡ bàng quang trong phúc mạc thì ống soi đi vào đường rạch sẽ thấy mạc nối lớn hoặc ruột; trường hợp thủng bàng quang ngoài phúc mạc sẽ thấy lớp mỡ trước bàng quang.



Hình 9. Đường vỡ bàng quang (a) và sẹo liền (b) qua nội soi.

Bảng phân độ chấn thương bàng quang của AAST 2001
(Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ)

Độ	Thương tổn	Đặc điểm tổn thương
I	Khối máu tụ	Đụng giập, tụ máu thành bàng quang
II	Vết rách thành bàng quang	Một phần thành bàng quang
III	Vết rách thành bàng quang	Thủng ra ngoài phúc mạc, vết rách < 2cm
IV	Vết rách thành bàng quang	Thủng ra ngoài phúc mạc > 2cm; Thủng vào trong phúc mạc < 2cm
V	Vết rách thành bàng quang	Thủng trong phúc mạc > 2cm
VI	Vết rách thành bàng quang	Thủng trong hay ngoài phúc mạc mà vết rách lan tới cổ bàng quang hoặc tới lỗ niệu quản (tam giác trigone)

5.2. Chẩn đoán phân biệt với đứt niệu đạo sau

- Có cùng cơ chế chấn thương vỡ xương chậu và có thể gặp trên cùng một bệnh nhân.

- Bệnh nhân muốn đi tiểu mà không đi được, kích thích và rặn nhiều.
- Khám có cầu bàng quang.
- Đặt sonde niệu đạo không được, rút ra có máu.
- Chụp niệu đạo - bàng quang ngược dòng thấy thuốc tràn ra ngoài niệu đạo sau, cho phép khách quan hóa một tổn thương niệu đạo sau.

Chẩn đoán trong trường hợp vỡ bàng quang dễ muộn rất phức tạp:

Giai đoạn này thường có biểu hiện nhiễm khuẩn nặng, suy đa tạng do đó thường có biểu hiện toàn thân là sốc nhiễm trùng nhiễm độc. Do đó khi chụp phim CT Scanner thì có thể chống chỉ định tiêm thuốc cản quang để tránh suy thận. Xét nghiệm hữu ích là X quang bàng quang ngược dòng hoặc nội soi bàng quang chẩn đoán trên phòng mổ.

+ Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc: Viêm tấy nước tiểu khoang Retzius vùng tiểu khung và còn lan rộng nguy hiểm. Biểu hiện lâm sàng là viêm phúc mạc khu trú, đau bụng và co cứng nửa bụng phía dưới rốn.

+ Vỡ bàng quang trong phúc mạc sau 24 giờ biểu hiện viêm phúc mạc với các dấu hiệu không ôn ào: Bụng trương, đau; urê máu cao, natri máu tăng, kali máu tăng...

+ Các ổ máu tụ, nước tiểu nhiễm khuẩn thành những áp xe lớn ở tiểu khung.

6. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

6.1. Thái độ cấp cứu và hồi sức ban đầu

6.1.1 Hồi sức ban đầu

- Tuân thủ các bước ABC trong cấp cứu ban đầu cho bệnh nhân chấn thương nặng, đa chấn thương.

- + Bất động bệnh nhân để giảm đau, hạn chế mất máu.
- + Trấn an tinh thần bệnh nhân và người thân để bệnh nhân hợp tác.
- + Đặt các đường truyền hỗ trợ chức năng sinh tồn cho bệnh nhân: Tĩnh mạch trung ương, tĩnh mạch ngoại vi để bù dịch, bù máu. Đặt sonde niệu đạo để theo dõi nước tiểu, sonde dạ dày, sonde mũi cho thở ô xy, ...
- + Tiếp tục chẩn đoán và xử trí các thương tổn phổi hợp.
- Hồi sức dự phòng và chống sốc do mất máu hoặc đa chấn thương.

6.1.2. Thái độ lâm sàng khi chẩn đoán xác định

- Đặt sonde niệu đạo 3 chắc lưu 10-14 ngày trong các trường hợp chẩn đoán sớm vỡ bàng quang ngoài phúc mạc đơn thuần, đưng gấp thành bàng quang.

- Mô cấp cứu không trì hoãn khi:

- + Chẩn đoán vỡ bàng quang có chảy máu nặng hoặc có kèm rách âm đạo chảy máu.
- + Chẩn đoán vỡ bàng quang trong phúc mạc.
- + Chẩn thương bụng có vỡ bàng quang.

Vì các chấn thương này sẽ đe dọa tính mạng bệnh nhân do sốc giảm khối lượng tuần hoàn hoặc nước tiểu thoát khỏi bàng quang gây nhiễm trùng, nhiễm độc nếu không được xử lý sớm với các biến chứng sau:

- + Viêm phúc mạc toàn thể: Nếu vỡ, thủng bàng quang ngoài phúc mạc.
- + Áp xe vùng tiểu khung, ngoài phúc mạc: Nếu vỡ, thủng bàng quang ngoài phúc mạc.
- Thể vỡ bàng quang đơn thuần, không có biểu hiện sốc: Khẩn trương làm các bilan phục vụ quá trình điều trị, theo dõi sát toàn trạng của bệnh nhân. Nếu đủ điều kiện phẫu thuật thì liên hệ phẫu thuật mổ mở hay mổ nội soi. Không đủ điều kiện phẫu thuật thì liên hệ bệnh viện tuyến trên, trung tâm phẫu thuật để xử lý ngoại khoa cho bệnh nhân. Khi chuyển viện nên cho photo bệnh án, xét nghiệm sẵn có, giúp thời gian điều trị của bệnh nhân được rút ngắn, tăng mức độ thuận lợi.
- Sốc nặng: Chuyển ngay bệnh nhân vào phòng mổ để hồi sức tích cực, vừa khám và sau đó mổ để cầm máu, khâu lại bàng quang, xử lý các thương tổn khác.
- + Mở bụng đường trắng giữa: Thăm dò toàn diện, ưu tiên số 1 là xử lý cầm máu (Tổn thương mạch máu, tạng đặc, diện chảy máu của thành bàng quang, diện vỡ của xương chậu,...); Tiếp đến là xử lý các tạng rỗng nếu có, và sau đó là khâu đóng thành bàng quang.
- + Tại các cơ sở y tế nếu không thể chuyển bệnh nhân đi thì trong lúc chuyển bệnh nhân lên phòng mổ, liên hệ ngay với bệnh viện tuyến trên để được chỉ viện nhân lực là phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê hồi sức có kinh nghiệm, kèm dự trữ đơn vị máu,...

6.2. Phương pháp phẫu thuật

Thường chỉ định cho các trường hợp sốc nặng do mất máu, nhiễm trùng hoặc vỡ bàng quang đơn thuần tại các cơ sở chưa có đủ điều kiện phẫu thuật nội soi.

6.2.1. Mở mổ

- Đường mổ: Mổ đường trắng giữa dưới rốn, kéo dài lên trên rốn khi cần để xử trí các thương tổn phối hợp.

- Xác định thương tổn và xử trí:

+ Xử trí các thương tổn vỡ tạng rỗng trước nếu có.

+ Chảy máu, tụ máu lớn tiểu khung do tổn thương xương chậu và đám rối tĩnh mạch Santorini, tĩnh mạch tiểu khung thì thắt động mạch chậu trong hai bên, khâu cầm máu thương tổn tĩnh mạch.

+ Đối với vỡ bàng quang trong phúc mạc: Cắt lọc đường vỡ, tách phúc mạc và khâu lại thành bàng quang, niêm mạc lộn vào trong. Khâu che phủ phúc mạc và dẫn lưu bàng quang để bảo vệ đường khâu. Lau rửa ổ bụng, dẫn lưu Douglas.

+ Đối với vỡ bàng quang ngoài phúc mạc: Khâu phục hồi thành bàng quang, lấy hết máu tụ trước và quanh bàng quang, dẫn lưu khoang Retzius.

+ Đối với đứt cổ bàng quang, đứt niệu đạo sau hoàn toàn hay một phần. Khâu nối bàng quang - niệu đạo ngay thì đầu trên sonde foley để tránh di chứng hẹp cổ bàng quang.

+ Vỡ bàng quang + thủng trực tràng: Khâu bàng quang, khâu lại trực tràng, dẫn lưu bàng quang và làm hậu môn nhân tạo ở hố chậu trái.

+ Vỡ bàng quang + rách âm đạo: Khâu bàng quang, khâu thành âm đạo từng lớp riêng và dẫn lưu bàng quang.

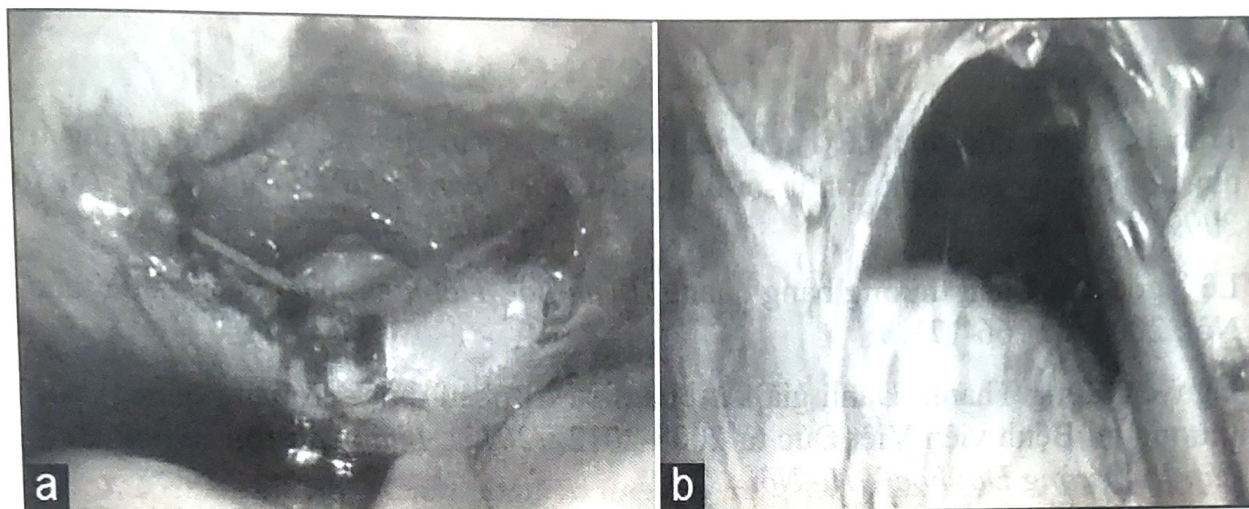
Trong hai trường hợp dưới khi khâu cần chú ý tránh hai lỗ niệu quản.

6.2.2. Phẫu thuật nội soi

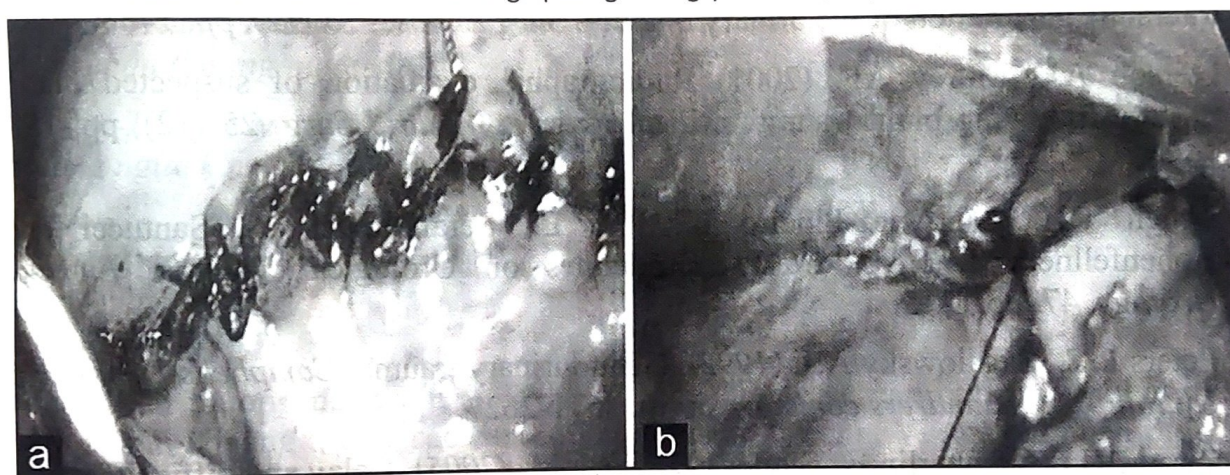
Thông thường chỉ định cho các trường hợp chấn đoán vỡ bàng quang đơn thuần, không có tình trạng sốc mất máu.

- Đặt ba trocar 10 mm ở rốn, hai trocar thao tác ở hố chậu hai bên.

- Hút rửa dịch máu và nước tiểu trong ổ bụng, đánh giá các tạng đặc và tạng rỗng để tìm thương tổn phối hợp. Trường hợp vỡ bàng quang trước phúc mạc thì cần giải phóng bàng quang khỏi khoang trước phúc mạc sau xương mu để bộc lộ điểm vỡ bàng quang.



Hình 10. Hình ảnh vỡ bàng quang trong phúc mạc qua nội soi ổ bụng



Hình 11. Hình ảnh vỡ bàng quang trong phúc mạc qua nội soi ổ bụng

- Xác định đường vỡ trong bàng quang, đánh giá thương tổn: Đánh giá lỗ niệu quản hai bên, cổ bàng quang,..

- Đặt ống thông niệu đạo ba chạc, phục hồi thành bàng quang bằng mũi khâu vắt toàn thể hai lớp.

- Xử lý thương tổn khác trong ổ bụng khác nếu có, đặt dẫn lưu ở Douglas.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày cơ chế gây thương tổn bàng quang?

Câu 2. Trình bày các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của chấn thương bàng quang?

Câu 3. Trình bày nguyên tắc và chỉ định phương pháp điều trị chấn thương bàng quang?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Lê Linh Phương, Lê Tuấn Anh. Điều trị chấn thương vỡ bàng quang trong phúc mạc bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 13, số 1-2009, tr. 28-32.
2. Lê Ngọc Từ. Chấn thương bàng quang, *Bệnh học Tiết niệu*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2003, tr. 166-171.
3. Nguyễn Hồng Thanh. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật vỡ bàng quang do chấn thương tại Bệnh viện Việt Đức từ 2008-2012. (2012). *Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội*.
4. Cottam D., Gorecki PJ., Curvelo M., Shaftan GW. (2001). Laparoscopic repair of traumatic perforation of the urinary bladder. *Surg Endosc*, 15 (12), pp. 1488-1499.
5. Iverson AJ., Morey AF. (2001) Radiographic evaluation of suspected bladder rupture following blunt trauma: critical review. *World J Surg*, 25 (12), pp. 1588-2591.
6. Lynch T.H., Martýnez-Pineiro L., Plas E., Serafetinides E., Santucci R.A., Hohenfellner M. EAU (2005). Guidelines on Urological Trauma. *European Urology*, 47, pp. 1-15.
7. Peters P.C., Sagalowsky A.J. (1992). Genitourinary trauma. *Campbells Urology*, 6th edition, W.B. Saunders company, 3, pp. 2571-2627.
8. Ziran BH., Chamberlin E., Shuler FD., Shah M. (2005). Delay and difficulties in the diagnosis of lower urologic injuries in the context of pelvic fractures. *J Trauma*, 58 (3), pp. 533-537.
9. Shewakramani, S., & Reed, K. C. (2011). *Genitourinary Trauma. Emergency Medicine Clinics of North America*, 29(3), 501-518.
10. E. Liang Liu (2019). Genitourinary Trauma. *The Emergency Medicine Trauma Handbook*. Cambridge University Press, Chapter 16; pp 232-248.
11. Guidline on urology trauma (2018). <https://uroweb.org/>
12. Lynch T.H., Martýnez-Pineiro L., Plas E., Serafetinides E., Santucci R.A., Hohenfellner M. (2005). EAU Guidelines on Urological Trauma. *European Urology*, 47, pp. 1-15

CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN VÀ CÁC THỂ BỆNH THƯỜNG GẶP

Phạm Hữu Lư, Nguyễn Hữu Ước

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh thường gặp trong chấn thương ngực kín.
2. Trình bày được chẩn đoán và điều trị thể bệnh tràn máu - tràn khí màng phổi trong chấn thương ngực kín.
3. Trình bày được chẩn đoán và nguyên tắc điều trị thể bệnh màng sườn di động trong chấn thương ngực kín.
4. Trình bày được chẩn đoán và điều trị thể bệnh tràn máu màng phổi trong chấn thương ngực kín.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương ngực kín (CTNK) là một nhóm các cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 5-6 % các cấp cứu ngoại chấn thương. Vì nguyên nhân thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, nên CTNK hay nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương và cần tôn trọng nguyên tắc khám toàn diện để tránh bỏ sót thương tổn trong khi cấp cứu ban đầu. Chấn thương ngực kín gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 20-40 tuổi, với trên 90% ở nam giới.

Trong CTNK, thành ngực tuy tổn thương nhưng vẫn kín, khoang màng phổi không thông với không khí bên ngoài. Bên cạnh những đặc điểm chung, thì biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên tắc điều trị chấn thương ngực kín còn phụ thuộc vào cơ quan, bộ phận bị tổn thương chính và mức độ tổn thương, tạo nên các thể bệnh khác nhau trong CTNK.

Các thể bệnh thường gặp của CTNK là: Tràn máu kết hợp tràn khí khoang màng phổi (tràn máu - tràn khí màng phổi); màng sườn di động; tràn máu khoang màng phổi đơn thuần (tràn máu màng phổi).

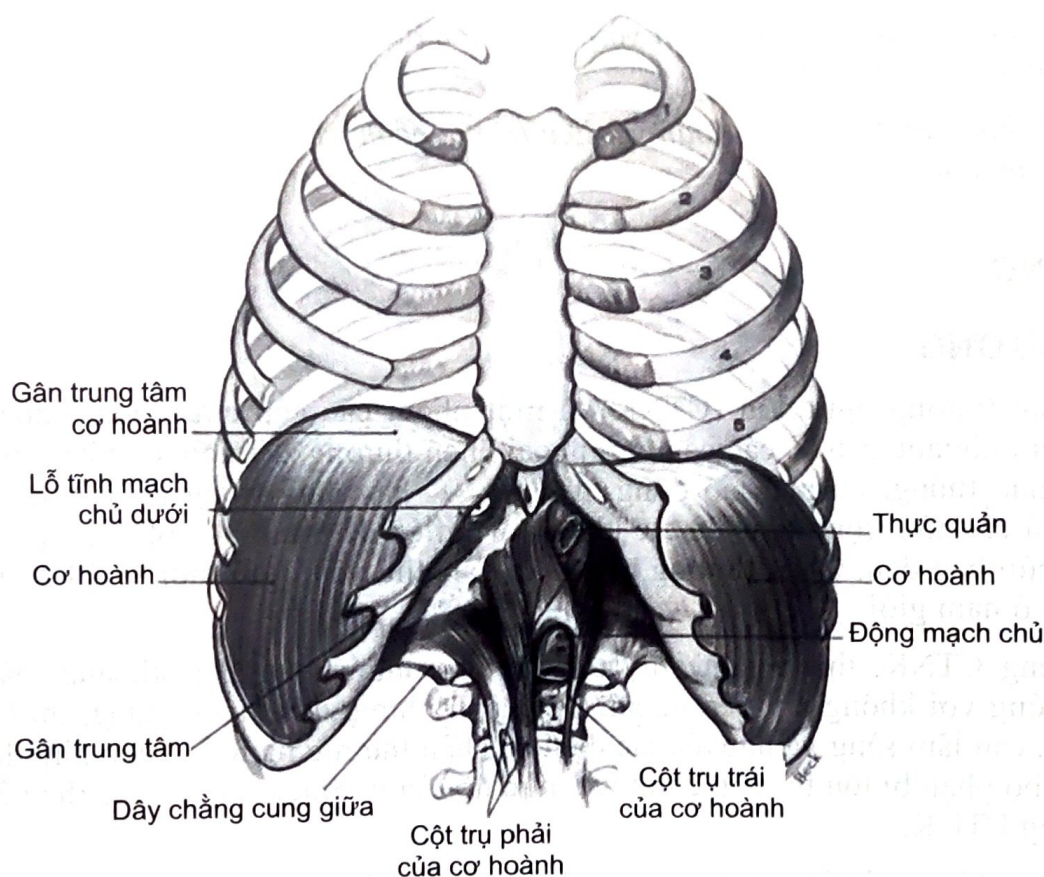
Các thể bệnh hiếm gặp trong CTNK là: Chấn thương tim, vỡ phế quản gốc, giập phổi nặng, chấn thương động mạch chủ, vỡ cơ hoành, tràn khí màng phổi đơn thuần, chấn thương động mạch ngực trong.

Do CTNK gây ảnh hưởng trực tiếp đến bộ máy hô hấp và tuần hoàn, nên có thể nhanh chóng dẫn đến tử vong, và phải được coi là cấp cứu ưu tiên số một trong chẩn đoán, vận chuyển và xử lý.

2. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ ỨNG DỤNG TRONG CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

2.1. Đặc điểm giải phẫu

Thành ngực gồm khung xương cứng và cơ hoành. Khung xương cứng được tạo bởi xương ức ở phía trước, cột sống ở phía sau, nối với nhau bằng các xương sườn. Phía ngoài xương sườn khá dày do có các cơ ngực và da che phủ, nhưng bám sát mặt trong xương sườn là lá thành màng phổi, và qua đó là sát lá tạng và nhu mô phổi. Sự phối hợp co - giãn của các cơ hô hấp và dây chằng bám vào khung xương làm thành ngực có tính đàn hồi. Cơ hoành ngăn cách giữa ngực và bụng, bên phải cao hơn bên trái 0,5-1,5 cm. Đây là cơ hô hấp chính, đảm bảo 60-70% dung tích hô hấp (Hình 1).



Hình 1. Cơ hoành và cấu trúc thành ngực

Các cơ quan bên trong lồng ngực là các thành phần quan trọng nhất của bộ máy hô hấp, tuần hoàn. Hai bên có hai phổi, mặt ngoài phủ lớp lá tạng màng phổi, nằm sát vào lá thành tạo một khoang ảo có áp lực âm (-5 đến -10 cmH₂O) gọi là khoang màng phổi. Phổi không có cơ nên không thể tự co giãn, nhưng có nhiều sợi đàn hồi làm nó luôn có xu hướng co nhỏ lại về phía rốn phổi. Tim nằm ngay sau xương ức và các sụn sườn bên trái. Trung thất giữa - trên có các mạch máu lớn, khí - phế quản gốc. Trung thất sau có động mạch chủ ngực và thực quản.

2.2. Sinh lý của sự thở

Hoạt động hít vào - thở ra chủ yếu nhờ vào: co - giãn của các cơ hô hấp, tính đàn hồi của thành ngực, tính đàn hồi của phổi, và nguyên lý không khí đi từ nơi áp suất cao đến nơi áp suất thấp. Thực chất, áp suất trong phế nang luôn xấp xỉ bằng áp suất khí quyển.

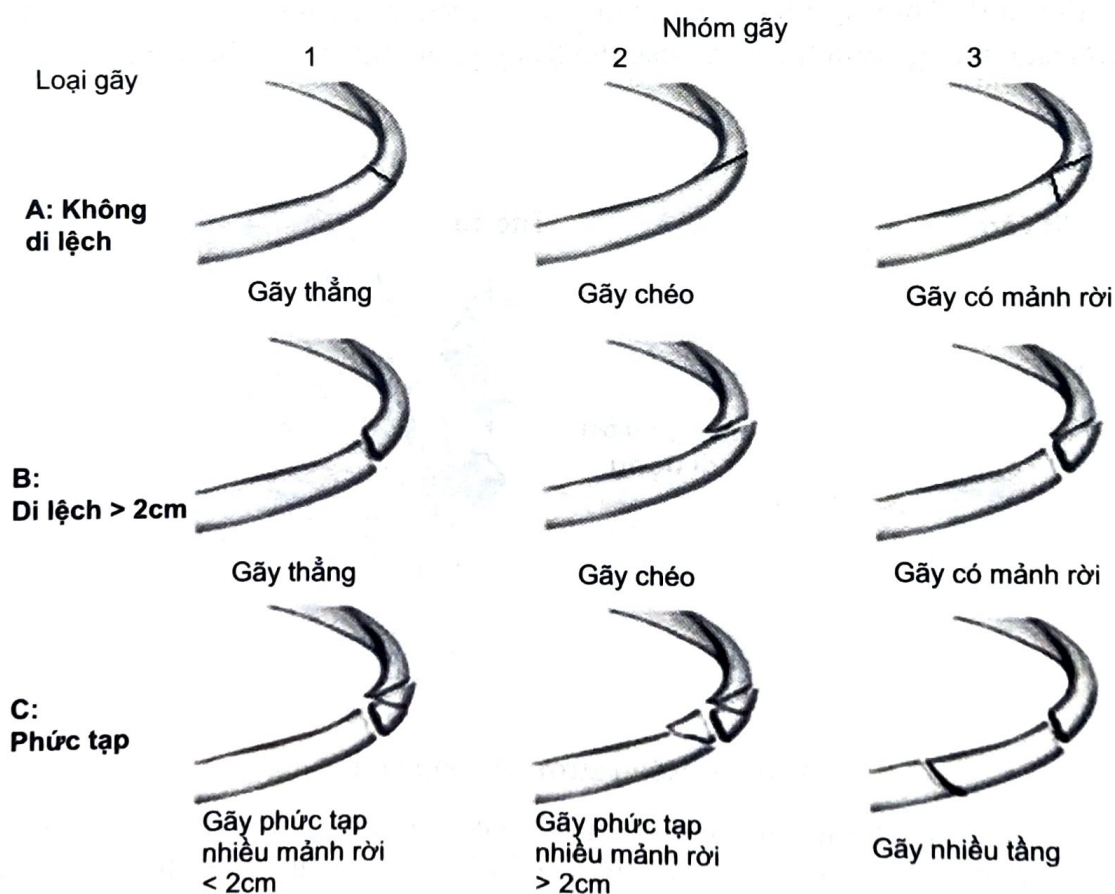
Ở thì hít vào: Thành ngực nở ra, cơ hoành hạ xuống, sẽ kéo phổi nở ra theo, dẫn đến giảm áp suất phế nang và không khí tự đi vào phổi. *Ở thì thở ra:* Thành ngực xẹp xuống, cơ hoành nâng lên, sẽ ép xẹp nhu mô phổi, làm tăng áp suất phế nang, và không khí tự đi ra ngoài qua đường hô hấp.

Do vậy, áp lực âm tính trong khoang màng phổi, sự toàn vẹn của thành ngực và sự thông thoáng của đường hô hấp là các yếu tố rất quan trọng trong sinh lý hô hấp.

Trong chấn thương ngực kín, khi có các thương tổn sinh lý, giải phẫu như gãy xương sườn, tràn máu - tràn khí màng phổi, đưng dập nhu mô phổi, đau, tắc nghẽn đường hô hấp thì sẽ gây các rối loạn sinh lý hô hấp, dẫn đến suy hô hấp.

3. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU THƯỜNG GẶP TRONG CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

3.1. Thương tổn thành ngực

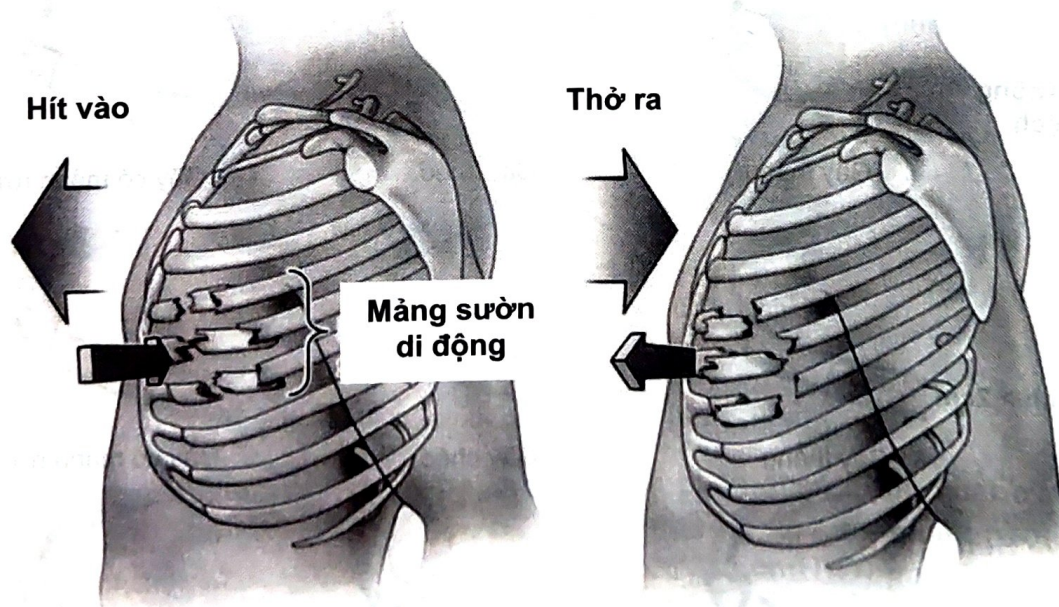


Hình 2. Các dạng di lệch của gãy xương sườn

- *Gãy xương sườn*: Có thể bị gãy một hay nhiều xương. Chủ yếu do va đập trực tiếp làm gãy ngay tại vị trí chấn thương, đầu gãy chọc vào trong làm rách lá thành màng phổi và thủng nhu mô phổi; Hiếm gặp do đè ép (như: ô tô lùi ép ngực vào tường, sập tường đè vào ngực) làm gãy xương kiểu gián tiếp ở mặt bên lồng ngực, đầu gãy thường hướng ra ngoài và ít gây thương tổn nhu mô phổi. Mức độ di lệch của hai đầu xương gãy thường là di lệch ngang (Hình 2-B), di lệch chùng (Hình 2-C), hiếm khi gãy rạn (Hình 2-A). Do đầu xương gãy hầu hết đều chọc thủng màng phổi và phổi, gây tràn máu và khí vào khoang màng phổi, nên đây là thương tổn rất thường gặp trong chấn thương ngực kín. Máu chảy từ một ổ gãy có thể tới 100-300 ml, sẽ hình thành khối máu tụ dưới da và chảy vào khoang màng phổi. Gãy xương sườn có thể gây thương tổn bó mạch liên sườn, nhưng ở dạng chấn thương mạch (đụng đập và tắc mạch), nên hiếm khi gây chảy máu số lượng lớn.

- *Màng sườn di động (MSDD)*: Sang chấn trực tiếp mạnh, khu trú ở một vùng thành ngực, làm gãy nhiều xương sườn, dẫn đến một vùng của lồng ngực bị mất liên tục và di động ngược chiều so với lồng ngực khi thở. Điều kiện tối thiểu để có MSDD là xương sườn phải bị gãy hai nơi trên một cung xương, ở ba xương sườn kế tiếp nhau và các điểm gãy khá gần nhau (Hình 3).

MSDD thường gây rối loạn nặng nề về hô hấp và tuần hoàn, do đau, rối loạn động tác hô hấp, tràn máu - tràn khí màng phổi nhiều, giập nhu mô phổi nặng. Màng sườn có thể di động tức thì hoặc di động thứ phát (do các đầu xương gãy còn tạm dính với nhau sau chấn thương). Thường phân loại màng sườn theo vị trí như sau: màng sườn bên, màng sườn sau, màng sườn trước, và các thể trung gian như trước - bên, sau - bên.



Hình 3. Màng sườn di động bên

- *Gãy xương ức*: Là tổn thương ít gặp, do chấn thương mạnh, trực tiếp vào trước ngực. Hay phối hợp gãy hàng loạt sụn sườn hai bên, gây màng sườn di động trước và tràn máu - tràn khí màng phổi hai bên, đôi khi cả chấn thương tim.

- *Vỡ cơ hoành*: Là tổn thương hiếm gặp, nguyên nhân thường do đè ép hoặc ngã cao. Bên trái hay gặp hơn bên phải. Bên phải hay kèm tổn thương gan, máu bị hút lên khoang màng phổi gây tràn máu màng phổi dữ dội. Bên trái làm các tạng trong bụng chui qua cơ hoành lên khoang màng phổi gây thoát vị hoành; nhiễm trùng màng phổi do dịch tiêu hóa (nếu có vỡ tạng rỗng); tràn máu màng phổi nhiều nếu có vỡ lách.

3.2. Thương tổn khoang màng phổi

Biểu hiện ở khoang màng phổi là hậu quả của hầu hết các thương tổn ở thành ngực hoặc các tạng trong lồng ngực trong CTNK, tạo ra các triệu chứng, hội chứng trên lâm sàng khác nhau và quyết định các thái độ điều trị.

- *Tràn máu - tràn khí màng phổi*: Gặp ở trên 85% các CTNK thông thường. Không khí thường vào khoang màng phổi từ chỗ rách nhu mô phổi, máu thường vào khoang màng phổi từ ổ gãy xương sườn, chỗ rách nhu mô phổi, và thương tổn các tạng trong lồng ngực. Máu và khí sẽ chiếm chỗ và đè đẩy nhu mô phổi, làm mất áp lực âm tính khoang màng phổi, gây xẹp - co dúm nhu mô phổi lại và đẩy trung thất sang bên đối diện. Máu nằm ở vùng thấp, khí nằm ở chỗ cao. Nếu có tràn khí nhiều thì khí có thể thoát ra qua chỗ thủng lá thành màng phổi do gãy xương sườn, hình thành tràn khí dưới da, và làm các khoang liên sườn giãn rộng ra. Có một số dạng thương tổn nặng (vỡ phế quản có van) làm không khí từ đường hô hấp vào khoang màng phổi nhiều theo một chiều hít vào, gây tràn khí màng phổi dưới áp lực, chèn ép nặng nề vào phổi và trung thất. Khi lượng khí quá nhiều và lượng máu ít thì có thể lẫn với biểu hiện tràn khí màng phổi đơn thuần trên lâm sàng. Máu trong khoang màng phổi thường là nước máu không đông kết hợp với lắng đọng fibrin ở chỗ thấp và ít máu đông bám xung quanh các chỗ tổn thương ở thành ngực và nhu mô phổi. Thông thường, khi lượng máu chiếm trên 10% dung tích khoang màng phổi (mở hết góc sườn hoành/ X quang ngực thẳng đứng), và/ hoặc lượng khí chiếm $> 1/3$ phế trường thì mới biểu hiện khó thở trên lâm sàng.

- *Tràn máu màng phổi*: Khi lượng khí quá ít (do diện giáp rách nhu mô phổi nhỏ), hoặc có tổn thương gây chảy máu nhiều (các mạch máu lớn, tim) thì chủ yếu chỉ thấy máu trong khoang màng phổi. Khi lượng máu ít thì thường là nước máu không đông + lắng đọng fibrin. Khi số lượng máu chảy nhiều và ồ ạt thì sẽ có cả nước máu lẫn máu đông thành bánh (tạo thể bệnh máu cục hay máu đông màng phổi), nhưng dạng thương tổn này hiếm gặp trong CTNK.

3.3. Thương tổn các tạng

- *Rách nhu mô phổi ngoại vi*: Gặp trong hầu hết các thể bệnh của CTNK, thường do đầu gãy xương sườn di lệch chọc vào.

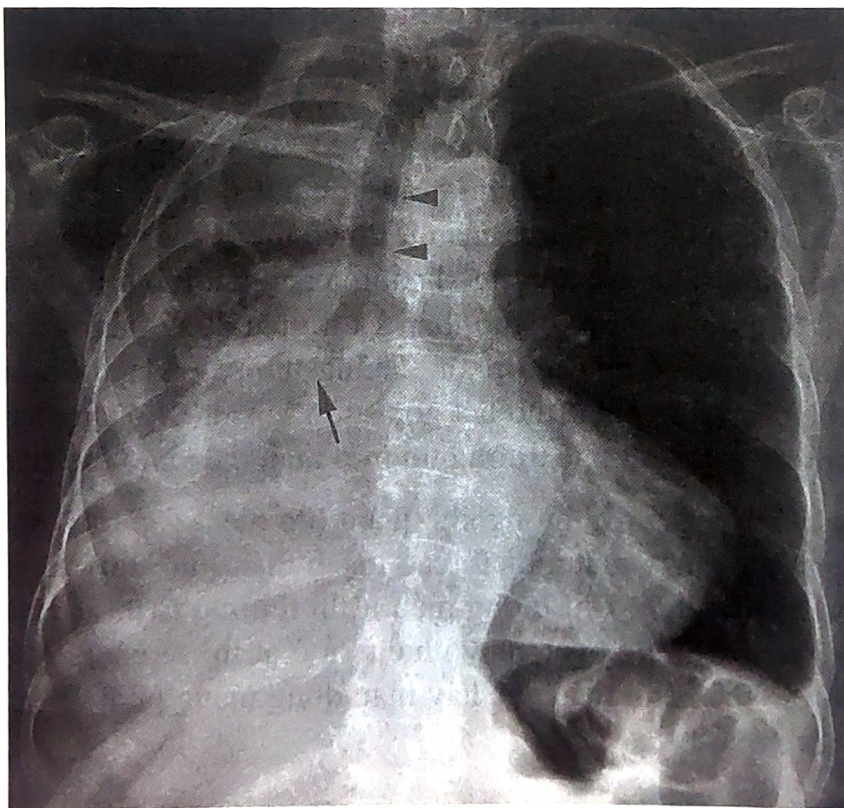
- *Vỡ phế quản lớn*: Thường gây tràn khí màng phổi nhiều, thậm chí là tràn khí dưới áp lực. Thương tổn có thể ở các phế quản phân thùy, thùy hoặc phế quản gốc, hiếm khi ở khí quản đoạn ngực. Máu chảy ra từ thương tổn, ngoài việc gây tràn máu màng phổi, thường còn chảy cả vào trong lòng khí - phế quản, gây dấu hiệu ho khạc ra máu sớm trên lâm sàng.

- *Đụng dập phổi*: Nhu mô phổi bị rách và giập nát thành từng mảnh. Thường gặp trong tai nạn ngã cao hoặc có va đập rất mạnh vào lồng ngực. Hậu quả chủ yếu là gây chảy máu vào trong lòng các phế quản của vùng phổi lành lân cận, làm xẹp phổi trên diện rộng, rất khó điều trị. Thể nặng có thể thấy ho ra máu dữ dội trên lâm sàng, rất khó kiểm soát và thường dẫn tới tử vong.

- *Xẹp phổi*: Là một trong những thương tổn chủ yếu của CTNK, làm các phế nang bị xẹp lại, phổi không nở ra được, không trao đổi khí, gây nhiều hậu quả nặng nề.

Yếu tố gây xẹp phổi: Tràn máu, tràn khí khoang màng phổi đè đẩy làm xẹp nhu mô phổi; co dúm nhu mô do mất áp lực âm khoang màng phổi, tràn máu + tăng tiết đờm dãi trong phế quản làm tắc phế quản, phổi không nở ra được. Tất cả các yếu tố đều dẫn tới xẹp phổi thực sự.

Hậu quả của xẹp phổi: Do phổi không được thông khí nên càng tăng tiết đờm dãi nhiều, càng tắc nhiều đường hô hấp, từ đó gây xẹp phổi càng nặng như một vòng xoắn bệnh lý. Về lâm sàng, xẹp phổi gây co kéo trung thất, kéo cơ hoành lên cao, xẹp khoang liên sườn, suy hô hấp... (Hình 4).



Hình 4. Hình ảnh X quang của xẹp phổi phải
(Mũi tên - Khí quản bị kéo lệch sang bên phổi xẹp)

- *Chấn thương tim*: Là tổn thương hiếm gặp. Mức độ tổn thương có thể đi từ rất nhẹ là tụ máu màng tim đến rách vỡ các buồng tim, các cấu trúc trong tim, và nặng nhất là đứt rời tim. Nếu chấn thương nhẹ thì rất khó để nhận biết, còn nếu chấn thương nặng (vỡ tim) thì tỉ lệ tử vong rất cao ngay sau tai nạn, chỉ có loại thương tổn vỡ nhỏ ở một buồng tim gây chèn ép tim cấp tính là còn có thể gặp trên lâm sàng. Thường gặp trong chấn thương mạnh, đột ngột vào vùng xương ức.

- *Chấn thương động mạch chủ*: Là thương tổn rất hiếm gặp. Vị trí dễ chấn thương nhất ở vùng eo động mạch chủ; có nhiều thể bệnh tùy thuộc độ nặng của chấn thương thành động mạch chủ (vỡ thì đầu, hoặc đục dập và vỡ thì 2). Thể nặng, máu chảy ra nhiều có thể gây sốc mất máu cấp và tử vong, hoặc gây tụ máu lớn trung thất, làm ứ máu phía trên, thiếu máu phía dưới vùng thương tổn. Hay gặp trong chấn thương ngực kín do tai nạn ô tô, ngã cao.

4. CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ CÁC THỂ BỆNH THƯỜNG GẶP TRONG CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

4.1. Trần máu - tràn khí màng phổi

Trần máu - tràn khí màng phổi (TM-TKMP) là thể bệnh hay gặp nhất trong CTNK. Cần phân biệt khái niệm “Hội chứng tràn máu - tràn khí màng phổi” thuộc bệnh cảnh của một số thể bệnh khác trong chấn thương, vết thương ngực nói chung, ví dụ trong mảng sườn di động, vết thương ngực hở... Nội dung trình bày dưới đây chỉ nói về thể bệnh TM-TKMP đơn thuần trong CTNK.

Thương tổn giải phẫu có thể ở nhiều cấp độ khác nhau, như: đục giập, tụ máu thành ngực, gãy xương sườn, rách màng phổi, rách nhu mô phổi...; Trong đó, quan trọng nhất là có rách nhu mô phổi gây tràn máu và khí vào khoang màng phổi. Nguyên nhân làm rách nhu mô hầu hết do gãy xương sườn di lệch chọc vào.

4.1.1. Chẩn đoán

- Dấu hiệu cơ năng:

+ Khó thở và đau ngực, với tính chất liên tục và tăng dần. Có thể xuất hiện ngay sau chấn thương (các thể nặng), hoặc xuất hiện muộn theo tiến triển của thương tổn (thể nhẹ), ví dụ khi có số lượng máu và khí đủ lớn trong khoang màng phổi.

+ Hiếm gặp dấu hiệu ho khạc ra máu (khi có rách - giập nhu mô phổi nhiều).

- Dấu hiệu toàn thân:

+ Có thể ít thay đổi ở các thể nhẹ, có ít máu, khí trong khoang màng phổi.

+ Có thể biểu hiện suy hô hấp ở các thể nặng: Tím môi đầu chi, mạch nhanh, bão hòa ô xy (SpO_2) giảm, vã mồ hôi.

+ Biểu hiện mất máu (ít gặp): Da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, chân tay lạnh, vã mồ hôi.

+ Thể rất nặng có thể biểu hiện sốc, vừa do suy hô hấp, vừa do mất máu.

- Dấu hiệu thực thể tại lồng ngực và bộ máy hô hấp:

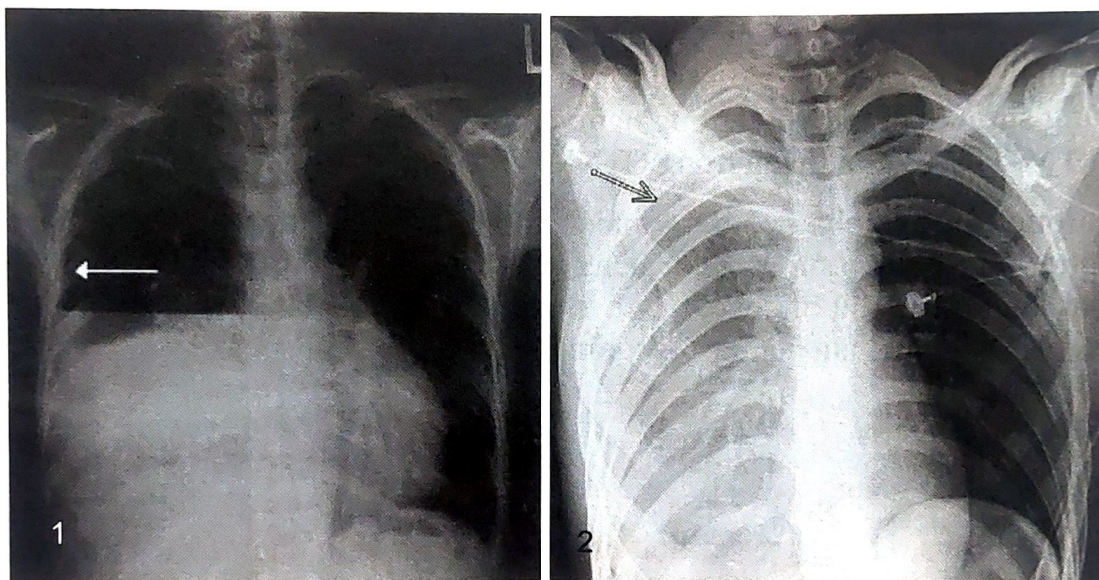
+ Có vùng xây xát da, tụ máu trên thành ngực.

+ Biên độ hô hấp giảm ở bên ngực thương tổn.

+ Phập phồng cánh mũi; co kéo các cơ hô hấp ở cổ, ngực khi hít vào.

+ Nhịp thở nhanh nông, điển hình là trên 25 lần/phút.

- + Sờ thấy biểu hiện gãy xương sườn: Tiếng lục cục khi thở, điểm đau chói.
- + Tràn khí dưới da quanh vùng bị thương, sẽ rộng và rất rõ nếu tràn khí nhiều.
- + Gõ vang hơn ở vùng cao khi có tràn khí nhiều. Đục hơn ở vùng thấp khi có tràn máu nhiều.
- + Tiếng rì rào phế nang phổi giảm hoặc mất ở bên ngực thương tổn.
- + Chọc hút màng phổi ra khí ở vị trí cao, ra máu không đông ở vị trí thấp.
- Dấu hiệu cận lâm sàng:
- + X quang ngực thẳng (Hình 5):



Hình 5. Tràn máu - tràn khí màng phổi trên phim X quang
(1: Tư thế đứng; 2: Tư thế nằm).

- + Hình ảnh gãy xương sườn di lệch rõ nếu gãy ở cung sau và bên, tràn khí dưới da, trung thất bị đẩy sang bên lành.
- + Hình ảnh TM-TKMP điển hình nếu được chụp ở tư thế đứng: Dấu hiệu tràn máu ở thấp (phế trường mờ vùng đáy phổi) phân cách với dấu hiệu tràn khí ở cao (phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi) bằng một đường thẳng ngang.
- + Nếu chụp ở tư thế nằm thì hình ảnh TM-TKMP rất khó xác định, phụ thuộc vào tổng lượng máu - khí và ưu thế tổn thương là nhiều máu (hình gần giống tràn máu màng phổi) hay nhiều khí (hình gần giống tràn khí màng phổi đơn thuần) trong khoang màng phổi hơn.
- Xét nghiệm huyết học: Bạch cầu tăng cao, có thể có dấu hiệu thiếu máu.
- Siêu âm màng phổi: Thấy có dịch (máu) trong khoang màng phổi.
- Chụp cắt lớp vi tính ngực: Cho thấy hình ảnh rõ ràng về TM-TKMP. Tuy nhiên, chỉ áp dụng cho các trường hợp nặng và tổn thương phức tạp.

- + Biến dạng khung chậu, khám dồn ép khung chậu đau.
- + Bụng trướng, có cảm ứng phúc mạc khắp bụng khi vỗ bâng quang trong phúc mạc. Khám không có cầu bâng quang.
- + Tụ máu lớn vùng dưới rốn, ngay trên xương mu. Khối máu tụ nước tiểu tiến triển nhanh cùng với biểu hiện mất máu gập trong vỡ bâng quang ngoài phúc mạc.
- + Đặt sonde bâng quang dễ dàng nhưng ra ít nước tiểu, nước tiểu có máu.
- + Thăm trực tràng: Túi cùng Douglas phồng đau trong vỡ bâng quang trong phúc mạc hoặc kèm thương tổn phổi hợp trong ổ bụng. Có thể sờ thấy khối máu tụ, nước tiểu búng nhùng sau bâng quang.
- + Ở phụ nữ, cần thăm âm đạo kiểm tra thương tổn rách âm đạo.
- + Thăm khám phát hiện các thương tổn khác: sọ não, lồng ngực, tứ chi...

5. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng thường kín đáo và bị che lấp trong bệnh cảnh đa chấn thương, nên trong vỡ xương chậu luôn phải nghĩ đến vỡ bâng quang.
- Dựa vào thăm khám cận lâm sàng giúp chẩn đoán chính xác hơn vỡ bâng quang trong hay ngoài phúc mạc:
 - + Chụp bụng không chuẩn bị: Hình ảnh liệt ruột cơ năng, các quai ruột giãn, nếp phúc mạc dày, có dịch trong ổ bụng.
 - + Chụp khung chậu đánh giá mức độ vỡ xương chậu, toác khớp mu.
 - + Chụp bâng quang có thuốc cản quang cho thấy những dấu hiệu chắc chắn nhất để chẩn đoán vỡ bâng quang: Thuốc cản quang trào ra xung quanh bâng quang hoặc vào trong phúc mạc.



Hình 5. Chụp bâng quang ngược dòng chẩn đoán vỡ bâng quang trong phúc mạc

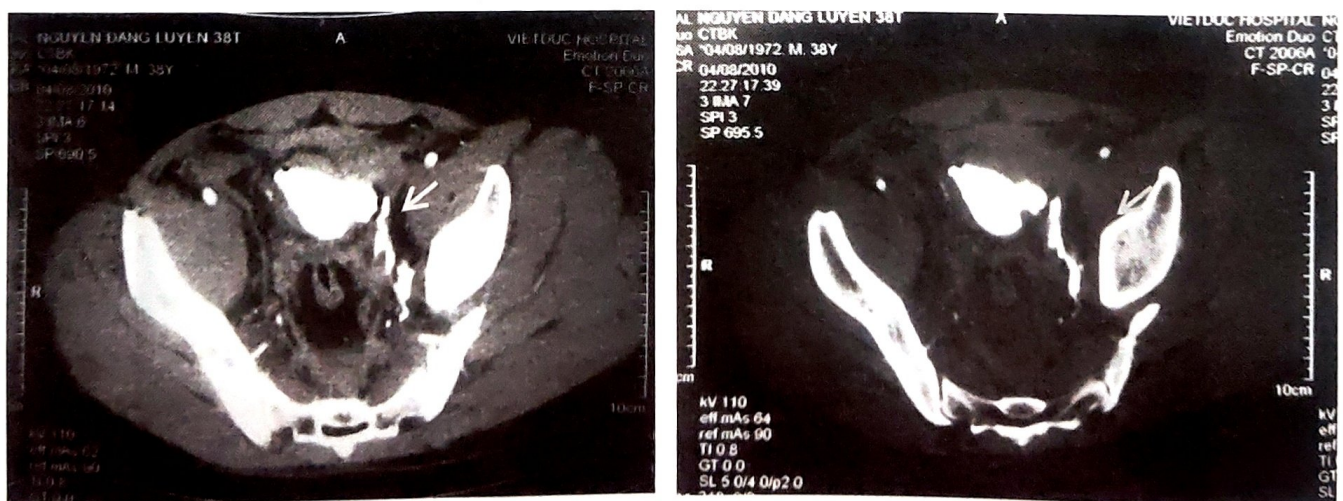


Hình 6. Chụp bàng quang ngược dòng chẩn đoán vỡ bàng quang ngoài phúc mạc

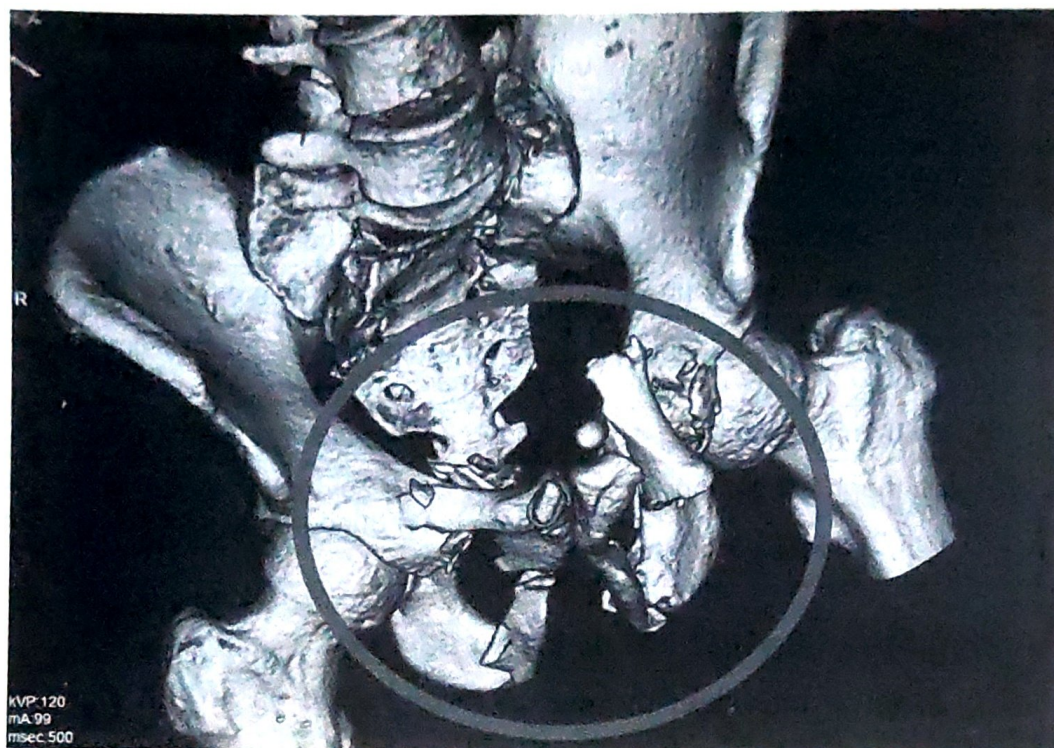
+ Chụp niệu đồ tĩnh mạch để chẩn đoán các thương tổn thận - niệu quản. Nếu chụp thì bàng quang có thể thấy thuốc tràn ra ngoài không đều dưới bàng quang (vỡ bàng quang ngoài phúc mạc) hoặc thuốc vào ổ phúc mạc (vỡ bàng quang trong phúc mạc), hoặc hình ảnh bàng quang bị biến dạng đặc trưng hình giọt nước và bị đẩy lên cao do khối máu tụ quanh bàng quang.

+ Siêu âm có giá trị tốt để chẩn đoán trong bệnh cảnh đa chấn thương hoặc để thăm dò chung khoang phúc mạc. Có thể thấy hình ảnh bàng quang biến dạng, đường vỡ bàng quang; siêu âm còn cho thấy mức độ tụ máu, nước tiểu quanh bàng quang và hình ảnh dịch trong ổ phúc mạc.

+ Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng đánh giá tổn thương tạng và phát hiện thoát thuốc cản quang ra ngoài qua đường vỡ bàng quang. Đặc biệt với chụp cắt lớp vi tính đa dãy có thể dựng hình được tổn thương của bàng quang và hệ thống xương chậu.

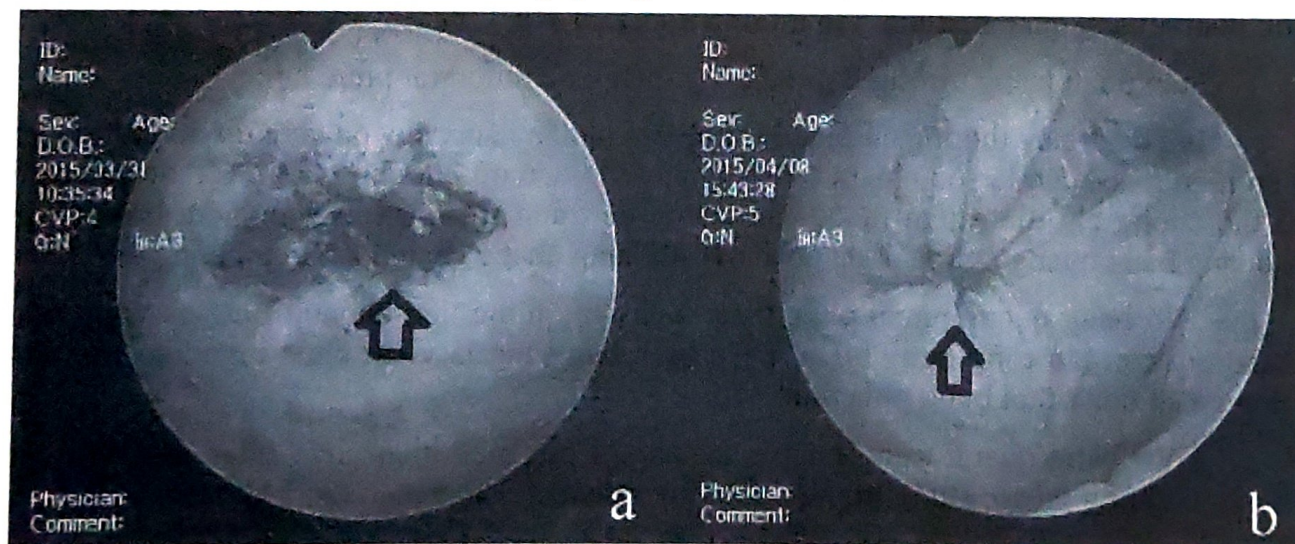


Hình 7. Chụp CT. Scanner chẩn đoán vỡ bàng quang ngoài phúc mạc



Hình 8. Vỡ phức tạp xương chậu

- Nội soi bàng quang: Hình ảnh thấy bàng quang dung tích nhỏ, có máu cục và thấy được điểm vỡ bàng quang. Trường hợp vỡ bàng quang trong phúc mạc thì ống soi đi vào đường rạch sẽ thấy mạc nối lớn hoặc ruột; trường hợp thủng bàng quang ngoài phúc mạc sẽ thấy lớp mỡ trước bàng quang.



Hình 9. Đường vỡ bàng quang (a) và sẹo liền (b) qua nội soi.

Bảng phân độ chấn thương bàng quang của AAST 2001
(Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ)

Độ	Thương tổn	Đặc điểm tổn thương
I	Khối máu tụ	Đụng giập, tụ máu thành bàng quang
II	Vết rách thành bàng quang	Một phần thành bàng quang
III	Vết rách thành bàng quang	Thủng ra ngoài phúc mạc, vết rách < 2cm
IV	Vết rách thành bàng quang	Thủng ra ngoài phúc mạc > 2cm; Thủng vào trong phúc mạc < 2cm
V	Vết rách thành bàng quang	Thủng trong phúc mạc > 2cm
VI	Vết rách thành bàng quang	Thủng trong hay ngoài phúc mạc mà vết rách lan tới cổ bàng quang hoặc tới lỗ niệu quản (tam giác trigone)

5.2. Chẩn đoán phân biệt với đứt niệu đạo sau

- Có cùng cơ chế chấn thương vỡ xương chậu và có thể gặp trên cùng một bệnh nhân.

- Bệnh nhân muốn đi tiểu mà không đi được, kích thích và rặn nhiều.
- Khám có cầu bàng quang.
- Đặt sonde niệu đạo không được, rút ra có máu.
- Chụp niệu đạo - bàng quang ngược dòng thấy thuốc tràn ra ngoài niệu đạo sau, cho phép khách quan hóa một tổn thương niệu đạo sau.

Chẩn đoán trong trường hợp vỡ bàng quang dễ muộn rất phức tạp:

Giai đoạn này thường có biểu hiện nhiễm khuẩn nặng, suy đa tạng do đó thường có biểu hiện toàn thân là sốc nhiễm trùng nhiễm độc. Do đó khi chụp phim CT Scanner thì có thể chống chỉ định tiêm thuốc cản quang để tránh suy thận. Xét nghiệm hữu ích là X quang bàng quang ngược dòng hoặc nội soi bàng quang chẩn đoán trên phòng mổ.

+ Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc: Viêm tấy nước tiểu khoang Retzius vùng tiểu khung và còn lan rộng nguy hiểm. Biểu hiện lâm sàng là viêm phúc mạc khu trú, đau bụng và co cứng nửa bụng phía dưới rốn.

+ Vỡ bàng quang trong phúc mạc sau 24 giờ biểu hiện viêm phúc mạc với các dấu hiệu không ôn ào: Bụng trướng, đau; urê máu cao, natri máu tăng, kali máu tăng...

+ Các ổ máu tụ, nước tiểu nhiễm khuẩn thành những áp xe lớn ở tiểu khung.

6. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

6.1. Thái độ cấp cứu và hồi sức ban đầu

6.1.1 Hồi sức ban đầu

- Tuân thủ các bước ABC trong cấp cứu ban đầu cho bệnh nhân chấn thương nặng, đa chấn thương.

- + Bất động bệnh nhân để giảm đau, hạn chế mất máu.
- + Trấn an tinh thần bệnh nhân và người thân để bệnh nhân hợp tác.
- + Đặt các đường truyền hỗ trợ chức năng sinh tồn cho bệnh nhân: Tĩnh mạch trung ương, tĩnh mạch ngoại vi để bù dịch, bù máu. Đặt sonde niệu đạo để theo dõi nước tiểu, sonde dạ dày, sonde mũi cho thở ô xy, ...
- + Tiếp tục chẩn đoán và xử trí các thương tổn phối hợp.
- Hồi sức dự phòng và chống sốc do mất máu hoặc đa chấn thương.

6.1.2. Thái độ lâm sàng khi chẩn đoán xác định

- Đặt sonde niệu đạo 3 chạc lưu 10-14 ngày trong các trường hợp chẩn đoán sớm vỡ bàng quang ngoài phúc mạc đơn thuần, đưng giập thành bàng quang.

- Mô cấp cứu không trì hoãn khi:

- + Chẩn đoán vỡ bàng quang có chảy máu nặng hoặc có kèm rách âm đạo chảy máu.
- + Chẩn đoán vỡ bàng quang trong phúc mạc.
- + Chẩn thương bụng có vỡ bàng quang.

Vì các chấn thương này sẽ đe dọa tính mạng bệnh nhân do sốc giảm khối lượng tuần hoàn hoặc nước tiểu thoát khỏi bàng quang gây nhiễm trùng, nhiễm độc nếu không được xử lý sớm với các biến chứng sau:

- + Viêm phúc mạc toàn thể: Nếu vỡ, thủng bàng quang ngoài phúc mạc.
- + Áp xe vùng tiểu khung, ngoài phúc mạc: Nếu vỡ, thủng bàng quang ngoài phúc mạc.
- Thở vỡ bàng quang đơn thuần, không có biểu hiện sốc: Khẩn trương làm các bilan phục vụ quá trình điều trị, theo dõi sát toàn trạng của bệnh nhân. Nếu đủ điều kiện phẫu thuật thì liên hệ phẫu thuật mổ mở hay mổ nội soi. Không đủ điều kiện phẫu thuật thì liên hệ bệnh viện tuyến trên, trung tâm phẫu thuật để xử lý ngoại khoa cho bệnh nhân. Khi chuyển viện nên cho photo bệnh án, xét nghiệm sẵn có, giúp thời gian điều trị của bệnh nhân được rút ngắn, tăng mức độ thuận lợi.
- Sốc nặng: Chuyển ngay bệnh nhân vào phòng mổ để hồi sức tích cực, vừa khám và sau đó mổ để cầm máu, khâu lại bàng quang, xử lý các thương tổn khác.
- + Mổ bụng đường trắng giữa: Thăm dò toàn diện, ưu tiên số 1 là xử lý cầm máu (Tổn thương mạch máu, tạng đặc, diện chảy máu của thành bàng quang, diện vỡ của xương chậu,...); Tiếp đến là xử lý các tạng rỗng nếu có, và sau đó là khâu đóng thành bàng quang.
- + Tại các cơ sở y tế nếu không thể chuyển bệnh nhân đi thì trong lúc chuyển bệnh nhân lên phòng mổ, liên hệ ngay với bệnh viện tuyến trên để được chỉ viện nhân lực là phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê hồi sức có kinh nghiệm, kèm dự trữ đơn vị máu,...

6.2. Phương pháp phẫu thuật

Thường chỉ định cho các trường hợp sốc nặng do mất máu, nhiễm trùng hoặc vỡ bàng quang đơn thuần tại các cơ sở chưa có đủ điều kiện phẫu thuật nội soi.

6.2.1. Mở mở

- Đường mổ: Mổ đường trắng giữa dưới rốn, kéo dài lên trên rốn khi cần để xử trí các thương tổn phối hợp.

- Xác định thương tổn và xử trí:

+ Xử trí các thương tổn vỡ tạng rỗng trước nếu có.

+ Chảy máu, tụ máu lớn tiểu khung do tổn thương xương chậu và đám rối tĩnh mạch Santorini, tĩnh mạch tiểu khung thì thắt động mạch chậu trong hai bên, khâu cầm máu thương tổn tĩnh mạch.

+ Đối với vỡ bàng quang trong phúc mạc: Cắt lọc đường vỡ, tách phúc mạc và khâu lại thành bàng quang, niêm mạc lộn vào trong. Khâu che phủ phúc mạc và dẫn lưu bàng quang để bảo vệ đường khâu. Lau rửa ổ bụng, dẫn lưu Douglas.

+ Đối với vỡ bàng quang ngoài phúc mạc: Khâu phục hồi thành bàng quang, lấy hết máu tụ trước và quanh bàng quang, dẫn lưu khoang Retzius.

+ Đối với đứt cổ bàng quang, đứt niệu đạo sau hoàn toàn hay một phần. Khâu nối bàng quang - niệu đạo ngay thì đầu trên sonde foley để tránh di chứng hẹp cổ bàng quang.

+ Vỡ bàng quang + thủng trực tràng: Khâu bàng quang, khâu lại trực tràng, dẫn lưu bàng quang và làm hậu môn nhân tạo ở hố chậu trái.

+ Vỡ bàng quang + rách âm đạo: Khâu bàng quang, khâu thành âm đạo từng lớp riêng và dẫn lưu bàng quang.

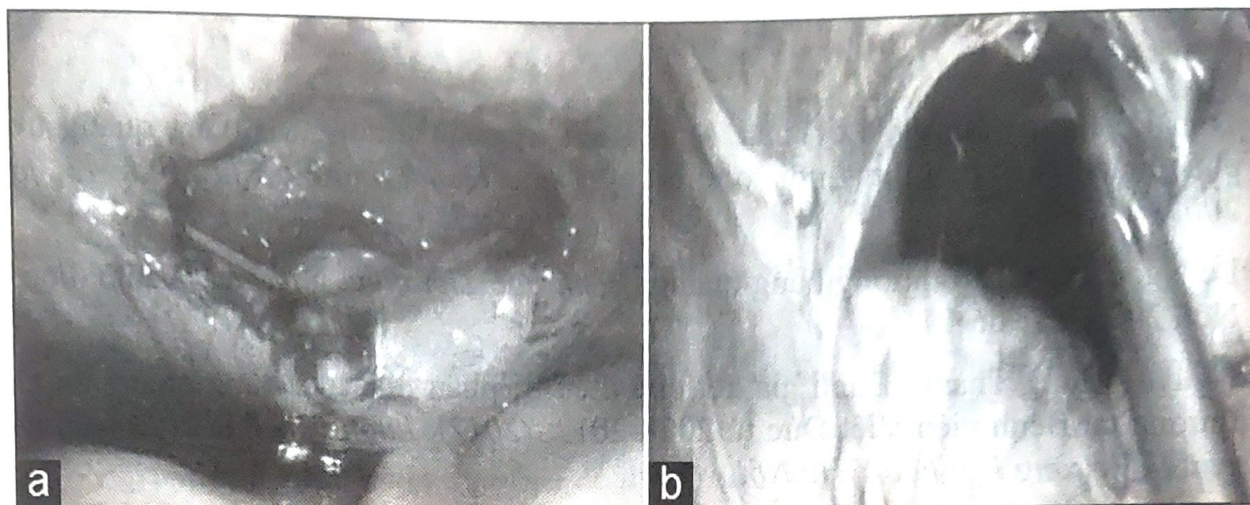
Trong hai trường hợp dưới khi khâu cần chú ý tránh hai lỗ niệu quản.

6.2.2. Phẫu thuật nội soi

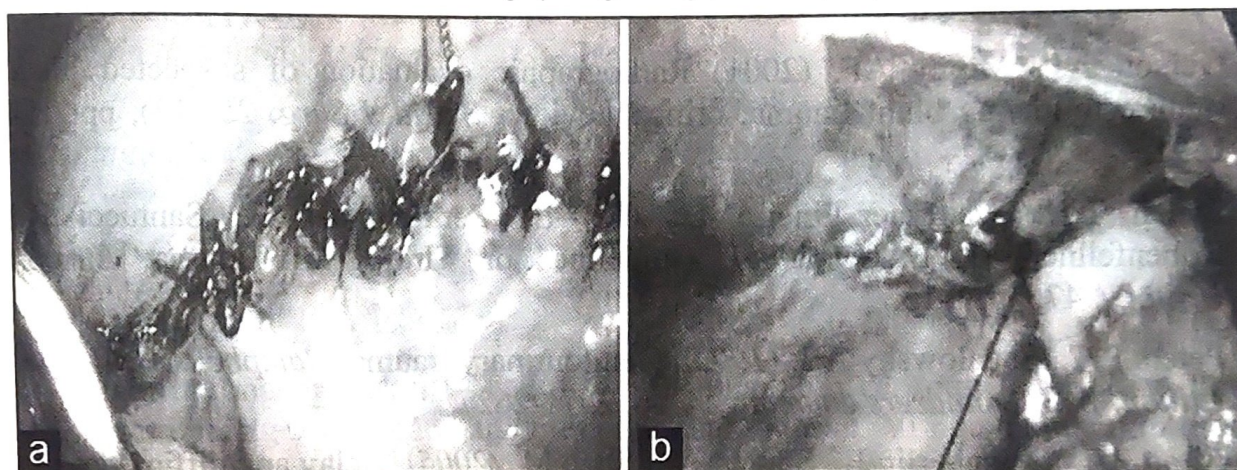
Thông thường chỉ định cho các trường hợp chấn đoán vỡ bàng quang đơn thuần, không có tình trạng sốc mất máu.

- Đặt ba trocar 10 mm ở rốn, hai trocar thao tác ở hố chậu hai bên.

- Hút rửa dịch máu và nước tiểu trong ổ bụng, đánh giá các tạng đặc và tạng rỗng để tìm thương tổn phối hợp. Trường hợp vỡ bàng quang trước phúc mạc thì cần giải phóng bàng quang khỏi khoang trước phúc mạc sau xương mu để bộc lộ điểm vỡ bàng quang.



Hình 10. Hình ảnh vỡ bàng quang trong phúc mạc qua nội soi ổ bụng



Hình 11. Hình ảnh vỡ bàng quang trong phúc mạc qua nội soi ổ bụng

- Xác định đường vỡ trong bàng quang, đánh giá thương tổn: Đánh giá lỗ niệu quản hai bên, cổ bàng quang,...
- Đặt ống thông niệu đạo ba chạc, phục hồi thành bàng quang bằng mũi khâu vắt toàn thể hai lớp.
- Xử lý thương tổn khác trong ổ bụng khác nếu có, đặt dẫn lưu ở Douglas.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày cơ chế gây thương tổn bàng quang?

Câu 2. Trình bày các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của chấn thương bàng quang?

Câu 3. Trình bày nguyên tắc và chỉ định phương pháp điều trị chấn thương bàng quang?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Lê Linh Phương, Lê Tuấn Anh. Điều trị chấn thương vỡ bàng quang trong phúc mạc bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 13, số 1-2009, tr. 28-32.
2. Lê Ngọc Từ. Chấn thương bàng quang, *Bệnh học Tiết niệu*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2003, tr. 166-171.
3. Nguyễn Hồng Thanh. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật vỡ bàng quang do chấn thương tại Bệnh viện Việt Đức từ 2008-2012. (2012). *Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội*.
4. Cottam D., Gorecki PJ., Curvelo M., Shaftan GW. (2001). Laparoscopic repair of traumatic perforation of the urinary bladder. *Surg Endosc*, 15 (12), pp. 1488-1499.
5. Iverson AJ., Morey AF. (2001) Radiographic evaluation of suspected bladder rupture following blunt trauma: critical review. *World J Surg*, 25 (12), pp. 1588-2591.
6. Lynch T.H., Martýnez-Pineiro L., Plas E., Serafetinides E., Santucci R.A., Hohenfellner M. EAU (2005). Guidelines on Urological Trauma. *European Urology*, 47, pp. 1-15.
7. Peters P.C., Sagalowsky A.J. (1992). Genitourinary trauma. *Campbells Urology*, 6th edition, W.B. Saunders company, 3, pp. 2571-2627.
8. Ziran BH., Chamberlin E., Shuler FD., Shah M. (2005). Delay and difficulties in the diagnosis of lower urologic injuries in the context of pelvic fractures. *J Trauma*, 58 (3), pp. 533-537.
9. Shewakramani, S., & Reed, K. C. (2011). *Genitourinary Trauma. Emergency Medicine Clinics of North America*, 29(3), 501-518.
10. E. Liang Liu (2019). Genitourinary Trauma. *The Emergency Medicine Trauma Handbook*. Cambridge University Press, Chapter 16; pp 232-248.
11. Guidline on urology trauma (2018). <https://uroweb.org//>
12. Lynch T.H., Martýnez-Pineiro L., Plas E., Serafetinides E., Santucci R.A., Hohenfellner M. (2005). EAU Guidelines on Urological Trauma. *European Urology*, 47, pp. 1-15

CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN VÀ CÁC THỂ BỆNH THƯỜNG GẶP

Phạm Hữu Lư, Nguyễn Hữu Ước

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh thường gặp trong chấn thương ngực kín.
2. Trình bày được chẩn đoán và điều trị thể bệnh tràn máu - tràn khí màng phổi trong chấn thương ngực kín.
3. Trình bày được chẩn đoán và nguyên tắc điều trị thể bệnh màng sườn di động trong chấn thương ngực kín.
4. Trình bày được chẩn đoán và điều trị thể bệnh tràn máu màng phổi trong chấn thương ngực kín.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương ngực kín (CTNK) là một nhóm các cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 5-6 % các cấp cứu ngoại chấn thương. Vì nguyên nhân thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, nên CTNK hay nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương và cần tôn trọng nguyên tắc khám toàn diện để tránh bỏ sót thương tổn trong khi cấp cứu ban đầu. Chấn thương ngực kín gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 20-40 tuổi, với trên 90% ở nam giới.

Trong CTNK, thành ngực tuy tổn thương nhưng vẫn kín, khoang màng phổi không thông với không khí bên ngoài. Bên cạnh những đặc điểm chung, thì biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên tắc điều trị chấn thương ngực kín còn phụ thuộc vào cơ quan, bộ phận bị tổn thương chính và mức độ tổn thương, tạo nên các thể bệnh khác nhau trong CTNK.

Các thể bệnh thường gặp của CTNK là: Tràn máu kết hợp tràn khí khoang màng phổi (tràn máu - tràn khí màng phổi); màng sườn di động; tràn máu khoang màng phổi đơn thuần (tràn máu màng phổi).

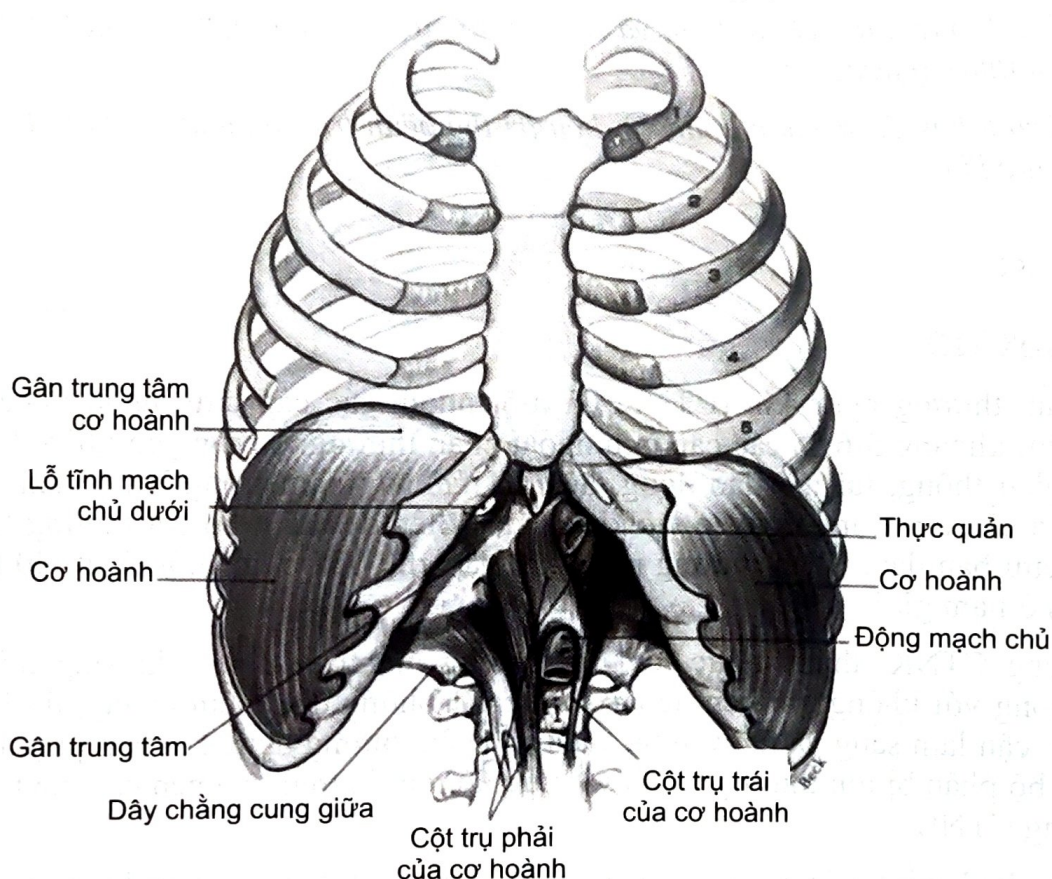
Các thể bệnh hiếm gặp trong CTNK là: Chấn thương tim, vỡ phế quản gốc, giập phổi nặng, chấn thương động mạch chủ, vỡ cơ hoành, tràn khí màng phổi đơn thuần, chấn thương động mạch ngực trong.

Do CTNK gây ảnh hưởng trực tiếp đến bộ máy hô hấp và tuần hoàn, nên có thể nhanh chóng dẫn đến tử vong, và phải được coi là cấp cứu ưu tiên số một trong chẩn đoán, vận chuyển và xử lý.

2. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ ỨNG DỤNG TRONG CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

2.1. Đặc điểm giải phẫu

Thành ngực gồm khung xương cứng và cơ hoành. Khung xương cứng được tạo bởi xương ức ở phía trước, cột sống ở phía sau, nối với nhau bằng các xương sườn. Phía ngoài xương sườn khá dày do có các cơ ngực và da che phủ, nhưng bám sát mặt trong xương sườn là lá thành màng phổi, và qua đó là sát lá tạng và nhu mô phổi. Sự phối hợp co - giãn của các cơ hô hấp và dây chằng bám vào khung xương làm thành ngực có tính đàn hồi. Cơ hoành ngăn cách giữa ngực và bụng, bên phải cao hơn bên trái 0,5-1,5 cm. Đây là cơ hô hấp chính, đảm bảo 60-70% dung tích hô hấp (Hình 1).



Hình 1. Cơ hoành và cấu trúc thành ngực

Các cơ quan bên trong lồng ngực là các thành phần quan trọng nhất của bộ máy hô hấp, tuần hoàn. Hai bên có hai phổi, mặt ngoài phủ lớp lá tạng màng phổi, nằm sát vào lá thành tạo một khoang ảo có áp lực âm (-5 đến -10 cmH₂O) gọi là khoang màng phổi. Phổi không có cơ nên không thể tự co giãn, nhưng có nhiều sợi đàn hồi làm nó luôn có xu hướng co nhỏ lại về phía rốn phổi. Tim nằm ngay sau xương ức và các sụn sườn bên trái. Trung thất giữa - trên có các mạch máu lớn, khí - phế quản gốc. Trung thất sau có động mạch chủ ngực và thực quản.

2.2. Sinh lý của sự thở

Hoạt động hít vào - thở ra chủ yếu nhờ vào: co - giãn của các cơ hô hấp, tính đàn hồi của thành ngực, tính đàn hồi của phổi, và nguyên lý không khí đi từ nơi áp suất cao đến nơi áp suất thấp. Thực chất, áp suất trong phế nang luôn xấp xỉ bằng áp suất khí quyển.

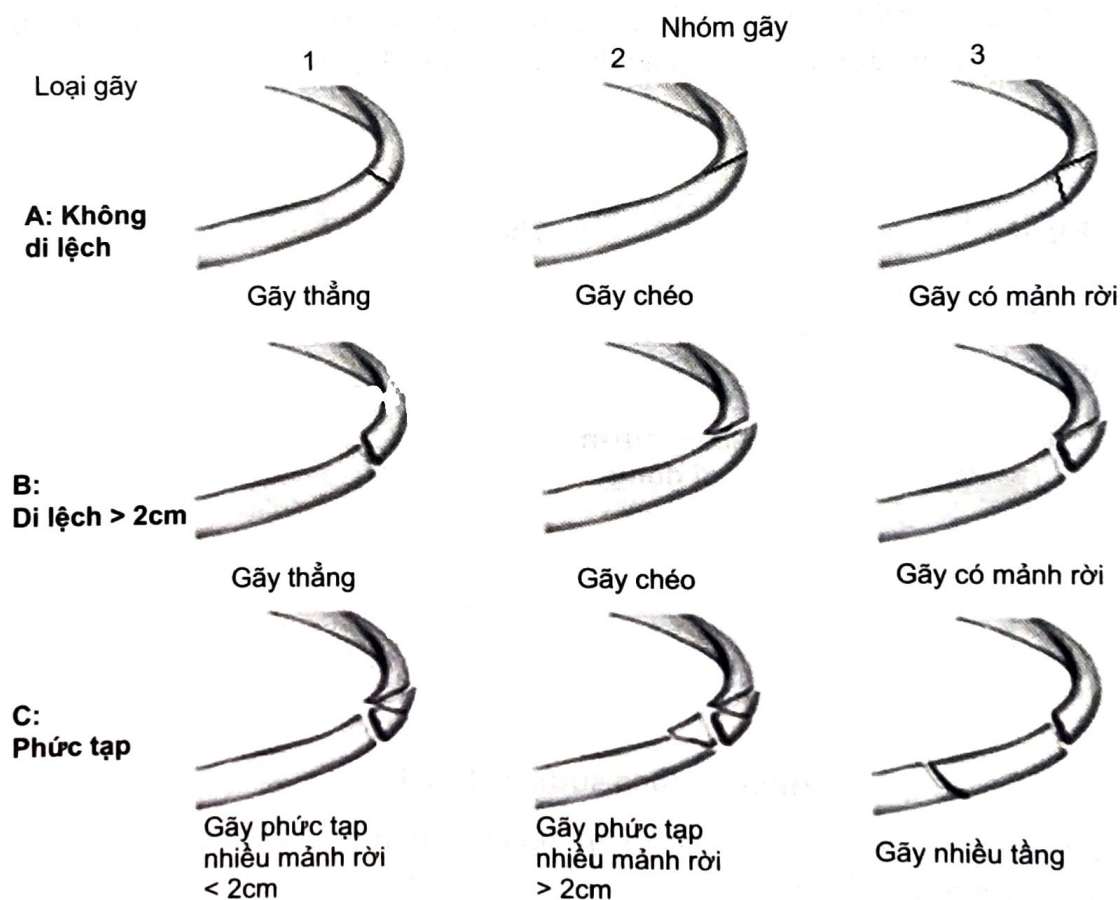
Ở thì hít vào: Thành ngực nở ra, cơ hoành hạ xuống, sẽ kéo phổi nở ra theo, dẫn đến giảm áp suất phế nang và không khí tự đi vào phổi. *Ở thì thở ra:* Thành ngực xẹp xuống, cơ hoành nâng lên, sẽ ép xẹp nhu mô phổi, làm tăng áp suất phế nang, và không khí tự đi ra ngoài qua đường hô hấp.

Do vậy, áp lực âm tính trong khoang màng phổi, sự toàn vẹn của thành ngực và sự thông thoáng của đường hô hấp là các yếu tố rất quan trọng trong sinh lý hô hấp.

Trong chấn thương ngực kín, khi có các thương tổn sinh lý, giải phẫu như gãy xương sườn, tràn máu - tràn khí màng phổi, đọng dập nhu mô phổi, đau, tắc nghẽn đường hô hấp thì sẽ gây các rối loạn sinh lý hô hấp, dẫn đến suy hô hấp.

3. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU THƯỜNG GẶP TRONG CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

3.1. Thương tổn thành ngực

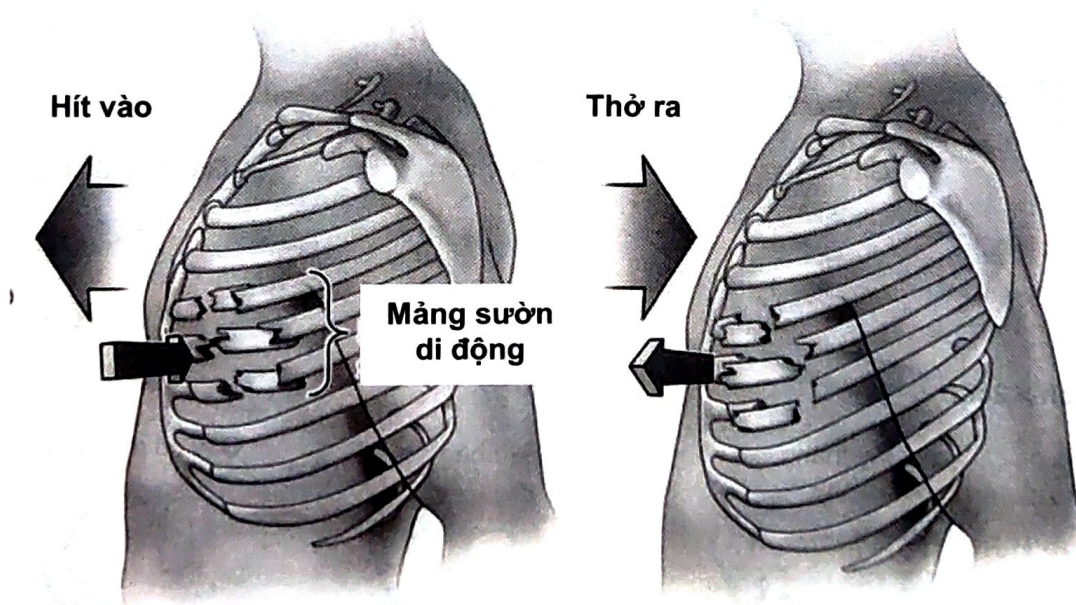


Hình 2. Các dạng di lệch của gãy xương sườn

- *Gãy xương sườn*: Có thể bị gãy một hay nhiều xương. Chủ yếu do va đập trực tiếp làm gãy ngay tại vị trí chấn thương, đầu gãy chọc vào trong làm rách lá thành màng phổi và thủng nhu mô phổi; Hiếm gặp do đè ép (như: ô tô lùi ép ngực vào tường, sập tường đè vào ngực) làm gãy xương kiểu gián tiếp ở mặt bên lồng ngực, đầu gãy thường hướng ra ngoài và ít gây thương tổn nhu mô phổi. Mức độ di lệch của hai đầu xương gãy thường là di lệch ngang (Hình 2-B), di lệch chông (Hình 2-C), hiếm khi gãy rạn (Hình 2-A). Do đầu xương gãy hầu hết đều chọc thủng màng phổi và phổi, gây tràn máu và khí vào khoang màng phổi, nên đây là thương tổn rất thường gặp trong chấn thương ngực kín. Máu chảy từ một ổ gãy có thể tới 100-300 ml, sẽ hình thành khối máu tụ dưới da và chảy vào khoang màng phổi. Gãy xương sườn có thể gây thương tổn bó mạch liên sườn, nhưng ở dạng chấn thương mạch (đụng dập và tắc mạch), nên hiếm khi gây chảy máu số lượng lớn.

- *Màng sườn di động (MSDD)*: Sang chấn trực tiếp mạnh, khu trú ở một vùng thành ngực, làm gãy nhiều xương sườn, dẫn đến một vùng của lồng ngực bị mất liên tục và di động ngược chiều so với lồng ngực khi thở. Điều kiện tối thiểu để có MSDD là xương sườn phải bị gãy hai nơi trên một cung xương, ở ba xương sườn kế tiếp nhau và các điểm gãy khá gần nhau (Hình 3).

MSDD thường gây rối loạn nặng nề về hô hấp và tuần hoàn, do đau, rối loạn động tác hô hấp, tràn máu - tràn khí màng phổi nhiều, giập nhu mô phổi nặng. Màng sườn có thể di động tức thì hoặc di động thứ phát (do các đầu xương gãy còn tạm dính với nhau sau chấn thương). Thường phân loại màng sườn theo vị trí như sau: màng sườn bên, màng sườn sau, màng sườn trước, và các thể trung gian như trước - bên, sau - bên.



Hình 3. Màng sườn di động bên

- *Gãy xương ức*: Là tổn thương ít gặp, do chấn thương mạnh, trực tiếp vào trước ngực. Hay phối hợp gãy hàng loạt sườn sườn hai bên, gây màng sườn di động trước và tràn máu - tràn khí màng phổi hai bên, đôi khi cả chấn thương tim.

- *Vỡ cơ hoành*: Là tổn thương hiếm gặp, nguyên nhân thường do đè ép hoặc ngã cao. Bên trái hay gặp hơn bên phải. Bên phải hay kèm tổn thương gan, máu bị hút lên khoang màng phổi gây tràn máu màng phổi dữ dội. Bên trái làm các tạng trong bụng chui qua cơ hoành lên khoang màng phổi gây thoát vị hoành; nhiễm trùng màng phổi do dịch tiêu hóa (nếu có vỡ tạng rỗng); tràn máu màng phổi nhiều nếu có vỡ lách.

3.2. Thương tổn khoang màng phổi

Biểu hiện ở khoang màng phổi là hậu quả của hầu hết các thương tổn ở thành ngực hoặc các tạng trong lồng ngực trong CTNK, tạo ra các triệu chứng, hội chứng trên lâm sàng khác nhau và quyết định các thái độ điều trị.

- *Tràn máu - tràn khí màng phổi*: Gặp ở trên 85% các CTNK thông thường. Không khí thường vào khoang màng phổi từ chỗ rách nhu mô phổi, máu thường vào khoang màng phổi từ ổ gãy xương sườn, chỗ rách nhu mô phổi, và thương tổn các tạng trong lồng ngực. Máu và khí sẽ choán chỗ và đè đẩy nhu mô phổi, làm mất áp lực âm tính khoang màng phổi, gây xẹp - co dúm nhu mô phổi lại và đẩy trung thất sang bên đối diện. Máu nằm ở vùng thấp, khí nằm ở chỗ cao. Nếu có tràn khí nhiều thì khí có thể thoát ra qua chỗ thủng lá thành màng phổi do gãy xương sườn, hình thành tràn khí dưới da, và làm các khoang liên sườn giãn rộng ra. Có một số dạng thương tổn nặng (vỡ phế quản có van) làm không khí từ đường hô hấp vào khoang màng phổi nhiều theo một chiều hít vào, gây tràn khí màng phổi dưới áp lực, chèn ép nặng nề vào phổi và trung thất. Khi lượng khí quá nhiều và lượng máu ít thì có thể lẫn với biểu hiện tràn khí màng phổi đơn thuần trên lâm sàng. Máu trong khoang màng phổi thường là nước máu không đông kết hợp với lắng đọng fibrin ở chỗ thấp và ít máu đông bám xung quanh các chỗ tổn thương ở thành ngực và nhu mô phổi. Thông thường, khi lượng máu chiếm trên 10% dung tích khoang màng phổi (mờ hết góc sườn hoành/ X quang ngực thẳng đứng), và/ hoặc lượng khí chiếm $> 1/3$ phế trường thì mới biểu hiện khó thở trên lâm sàng.

- *Tràn máu màng phổi*: Khi lượng khí quá ít (do diện giập rách nhu mô phổi nhỏ), hoặc có tổn thương gây chảy máu nhiều (các mạch máu lớn, tim) thì chủ yếu chỉ thấy máu trong khoang màng phổi. Khi lượng máu ít thì thường là nước máu không đông + lắng đọng fibrin. Khi số lượng máu chảy nhiều và ồ ạt thì sẽ có cả nước máu lẫn máu đông thành bánh (tạo thể bệnh máu cục hay máu đông màng phổi), nhưng dạng thương tổn này hiếm gặp trong CTNK.

3.3. Thương tổn các tạng

- *Rách nhu mô phổi ngoại vi*: Gặp trong hầu hết các thể bệnh của CTNK, thường do đầu gãy xương sườn di lệch chọc vào.

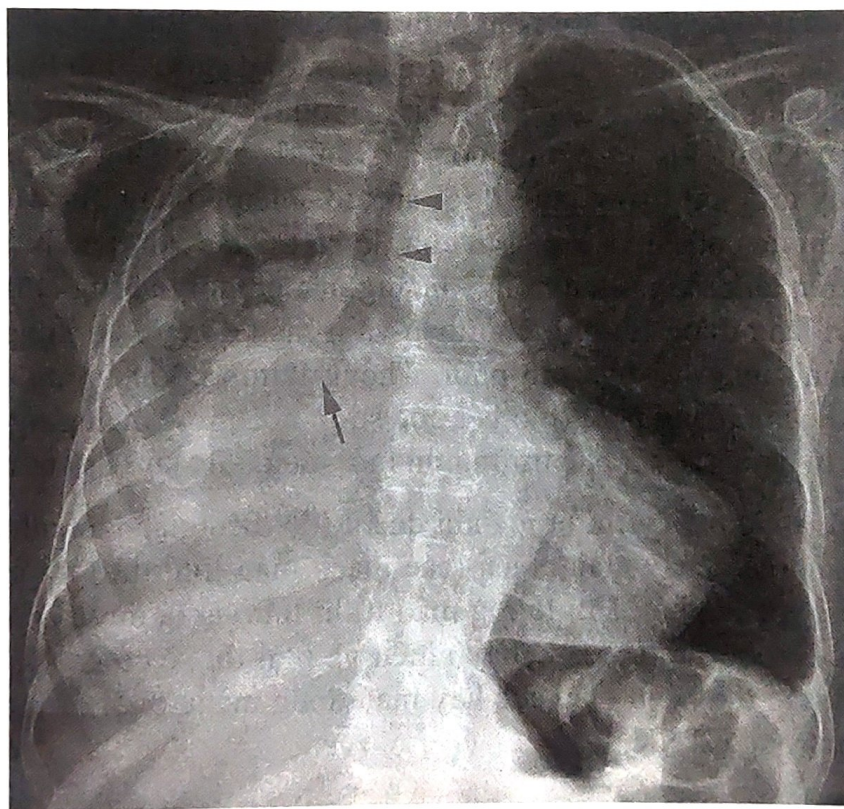
- *Vỡ phế quản lớn*: Thường gây tràn khí màng phổi nhiều, thậm chí là tràn khí dưới áp lực. Thương tổn có thể ở các phế quản phân thùy, thùy hoặc phế quản gốc, hiếm khi ở khí quản đoạn ngực. Máu chảy ra từ thương tổn, ngoài việc gây tràn máu màng phổi, thường còn chảy cả vào trong lòng khí - phế quản, gây dấu hiệu ho khạc ra máu sớm trên lâm sàng.

- *Đụng dập phổi*: Nhu mô phổi bị rách và giập nát thành từng mảnh. Thường gặp trong tai nạn ngã cao hoặc có va đập rất mạnh vào lồng ngực. Hậu quả chủ yếu là gây chảy máu vào trong lòng các phế quản của vùng phổi lành lân cận, làm xẹp phổi trên diện rộng, rất khó điều trị. Thể nặng có thể thấy ho ra máu dữ dội trên lâm sàng, rất khó kiểm soát và thường dẫn tới tử vong.

- *Xẹp phổi*: Là một trong những thương tổn chủ yếu của CTNK, làm các phế nang bị xẹp lại, phổi không nở ra được, không trao đổi khí, gây nhiều hậu quả nặng nề.

Yếu tố gây xẹp phổi: Tràn máu, tràn khí khoang màng phổi đè đẩy làm xẹp nhu mô phổi; co dúm nhu mô do mất áp lực âm khoang màng phổi, tràn máu + tăng tiết đờm dãi trong phế quản làm tắc phế quản, phổi không nở ra được. Tất cả các yếu tố đều dẫn tới xẹp phổi thực sự.

Hậu quả của xẹp phổi: Do phổi không được thông khí nên càng tăng tiết đờm dãi nhiều, càng tắc nhiều đường hô hấp, từ đó gây xẹp phổi càng nặng như một vòng xoắn bệnh lý. Về lâm sàng, xẹp phổi gây co kéo trung thất, kéo cơ hoành lên cao, xẹp khoang liên sườn, suy hô hấp... (Hình 4).



Hình 4. Hình ảnh X quang của xẹp phổi phải
(Mũi tên - Khí quản bị kéo lệch sang bên phổi xẹp)

- *Chấn thương tim*: Là tổn thương hiếm gặp. Mức độ tổn thương có thể đi từ rất nhẹ là tụ máu màng tim đến rách vỡ các buồng tim, các cấu trúc trong tim, và nặng nhất là đứt rời tim. Nếu chấn thương nhẹ thì rất khó để nhận biết, còn nếu chấn thương nặng (vỡ tim) thì tỉ lệ tử vong rất cao ngay sau tai nạn, chỉ có loại thương tổn vỡ nhỏ ở một buồng tim gây chèn ép tim cấp tính là còn có thể gặp trên lâm sàng. Thường gặp trong chấn thương mạnh, đột ngột vào vùng xương ức.

- *Chấn thương động mạch chủ*: Là thương tổn rất hiếm gặp. Vị trí dễ chấn thương nhất ở vùng eo động mạch chủ; có nhiều thể bệnh tùy thuộc độ nặng của chấn thương thành động mạch chủ (vỡ thì đầu, hoặc đứt dập và vỡ thì 2). Thể nặng, máu chảy ra nhiều có thể gây sốc mất máu cấp và tử vong, hoặc gây tụ máu lớn trung thất, làm ứ máu phía trên, thiếu máu phía dưới vùng thương tổn. Hay gặp trong chấn thương ngực kín do tai nạn ô tô, ngã cao.

4. CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ CÁC THỂ BỆNH THƯỜNG GẶP TRONG CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

4.1. Trần máu - tràn khí màng phổi

Trần máu - tràn khí màng phổi (TM-TKMP) là thể bệnh hay gặp nhất trong CTNK. Cần phân biệt khái niệm “Hội chứng tràn máu - tràn khí màng phổi” thuộc bệnh cảnh của một số thể bệnh khác trong chấn thương, vết thương ngực nói chung, ví dụ trong mảng sườn di động, vết thương ngực hở... Nội dung trình bày dưới đây chỉ nói về thể bệnh TM-TKMP đơn thuần trong CTNK.

Thương tổn giải phẫu có thể ở nhiều cấp độ khác nhau, như: đứt gãy, tụ máu thành ngực, gãy xương sườn, rách màng phổi, rách nhu mô phổi...; Trong đó, quan trọng nhất là có rách nhu mô phổi gây tràn máu và khí vào khoang màng phổi. Nguyên nhân làm rách nhu mô hầu hết do gãy xương sườn di lệch chọc vào.

4.1.1. Chẩn đoán

- Dấu hiệu cơ năng:

+ Khó thở và đau ngực, với tính chất liên tục và tăng dần. Có thể xuất hiện ngay sau chấn thương (các thể nặng), hoặc xuất hiện muộn theo tiến triển của thương tổn (thể nhẹ), ví dụ khi có số lượng máu và khí đủ lớn trong khoang màng phổi.

+ Hiếm gặp dấu hiệu ho khạc ra máu (khi có rách - đứt nhu mô phổi nhiều).

- Dấu hiệu toàn thân:

+ Có thể ít thay đổi ở các thể nhẹ, có ít máu, khí trong khoang màng phổi.

+ Có thể biểu hiện suy hô hấp ở các thể nặng: Tím môi đầu chi, mạch nhanh, bão hòa ô xy (SpO_2) giảm, vã mồ hôi.

+ Biểu hiện mất máu (ít gặp): Da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, chân tay lạnh, vã mồ hôi.

+ Thể rất nặng có thể biểu hiện sốc, vừa do suy hô hấp, vừa do mất máu.

- Dấu hiệu thực thể tại lồng ngực và bộ máy hô hấp:

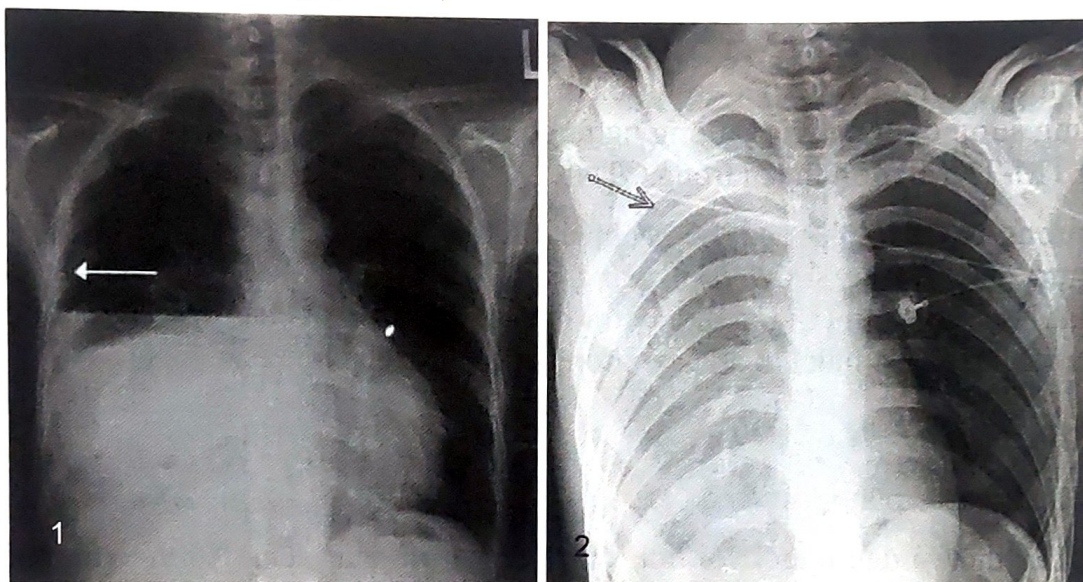
+ Có vùng xây xát da, tụ máu trên thành ngực.

+ Biên độ hô hấp giảm ở bên ngực thương tổn.

+ Phập phồng cánh mũi; co kéo các cơ hô hấp ở cổ, ngực khi hít vào.

+ Nhịp thở nhanh nông, điển hình là trên 25 lần/phút.

- + Sờ thấy biểu hiện gãy xương sườn: Tiếng lục cục khi sờ, điểm đau chói.
- + Tràn khí dưới da quanh vùng bị thương, sẽ rộng và rất rõ nếu tràn khí nhiều.
- + Gõ vang hơn ở vùng cao khi có tràn khí nhiều. Đục hơn ở vùng thấp khi có tràn máu nhiều.
- + Tiếng rì rào phế nang phổi giảm hoặc mất ở bên ngực thương tổn.
- + Chọc hút màng phổi ra khí ở vị trí cao, ra máu không đông ở vị trí thấp.
- Dấu hiệu cận lâm sàng:
- + X quang ngực thẳng (Hình 5):



Hình 5. Tràn máu - tràn khí màng phổi trên phim X quang
(1: Tư thế đứng; 2: Tư thế nằm).

- + Hình ảnh gãy xương sườn di lệch rõ nếu gãy ở cung sau và bên, tràn khí dưới da, trung thất bị đẩy sang bên lành.
- + Hình ảnh TM-TKMP điển hình nếu được chụp ở tư thế đứng: Dấu hiệu tràn máu ở thấp (phế trường mờ vùng đáy phổi) phân cách với dấu hiệu tràn khí ở cao (phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi) bằng một đường thẳng ngang.
- + Nếu chụp ở tư thế nằm thì hình ảnh TM-TKMP rất khó xác định, phụ thuộc vào tổng lượng máu - khí và ưu thế tổn thương là nhiều máu (hình gần giống tràn máu màng phổi) hay nhiều khí (hình gần giống tràn khí màng phổi đơn thuần) trong khoang màng phổi hơn.
 - Xét nghiệm huyết học: Bạch cầu tăng cao, có thể có dấu hiệu thiếu máu.
 - Siêu âm màng phổi: Thấy có dịch (máu) trong khoang màng phổi.
 - Chụp cắt lớp vi tính ngực: Cho thấy hình ảnh rõ ràng về TM-TKMP. Tuy nhiên, chỉ áp dụng cho các trường hợp nặng và tổn thương phức tạp.

- Thở lâm sàng:

Có hai thể lâm sàng nằm ở hai cực của tràn máu hay tràn khí màng phổi trong CTNK:

+ Thở tràn máu là chính: Biểu hiện lâm sàng và X quang giống như tràn máu màng phổi đơn thuần. Nguyên nhân có thể do đứt một mạch máu lớn của thành ngực hoặc nhu mô phổi.

+ Thở tràn khí là chính: Tràn khí dưới da nhiều, thậm chí lan ra toàn bộ ngực - bụng - cổ - mặt, đôi khi có tràn khí màng phổi dưới áp lực. Nguyên nhân thường do rách nhu mô phổi nhiều, đôi khi do rách các phế quản lớn. Biểu hiện lâm sàng và X quang (chụp nằm) dễ nhầm với thể tràn khí màng phổi đơn thuần.

- Do vậy, cần lưu ý trong chẩn đoán:

CTNK có gãy xương sườn di lệch $\Leftrightarrow$ rách nhu mô phổi $\Leftrightarrow$ TM-TKMP.

Mặc dù biểu hiện lâm sàng có thể nghiêng về tràn máu hay tràn khí, nhưng không được nhầm là tràn máu hay tràn khí đơn thuần, nhất là đối với thể tràn khí nhiều, vì thái độ điều trị khác nhau.

4.1.2. Điều trị

- Sơ cứu sau khi bị thương:

+ Làm thông thoáng đường hô hấp, thở ô xy.

+ Hồi sức, truyền dịch nếu có sốc mất máu.

+ Kháng sinh, giảm đau đường tĩnh mạch (ưu tiên họ paracétamol), phòng uốn ván nếu có xây xước.

+ Sớm chuyển vào phòng mổ hay chuyển đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ.

+ Riêng đối với thể có tràn khí rất nhiều (ngực phồng, tràn khí dưới da nhiều, suy hô hấp rất nặng), thì cần chọc kim vào khoang màng phổi và tổ chức dưới da để giảm áp rồi chuyển đi mổ ngay.

- Phẫu thuật:

(1) Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi: Là giải pháp điều trị cho hơn 90% các trường hợp. Vô cảm bằng gây tê tại chỗ. Dẫn lưu đặt qua khoang liên sườn 5 - đường nách giữa. Trường hợp có tràn khí rất nhiều, có thể đặt thêm một dẫn lưu khí qua khoang liên sườn 2 - đường giữa đòn.

Hầu hết không cần can thiệp gì trên các ổ gãy xương sườn.

(2) Xét chỉ định mở ngực cấp cứu:

+ Nếu dẫn lưu ra máu ngay > 1500 ml (trong vòng 6 giờ sau khi bị thương), hoặc theo dõi sau dẫn lưu thấy ra > 200 ml /giờ x 3 giờ liên $\Leftrightarrow$ mới xét chỉ định mở ngực để cầm máu các tổn thương mạch máu lớn ở thành ngực và nhu mô phổi, nhưng phải cân nhắc kỹ và tham khảo ý kiến chuyên khoa phẫu thuật lồng ngực.

+ Nếu dẫn lưu ra khí nhiều, phổi không nở, huyết động không cải thiện (SpO_2 thấp) $\Leftrightarrow$ xét chỉ định mở ngực khâu các chỗ rách phổi, phế quản quá lớn.

Đường mở ngực có thể là mổ mở kinh điển qua khoang liên sườn 5, hoặc mổ nội soi lồng ngực, hoặc mổ mở có nội soi hỗ trợ.

Nhìn chung hiếm khi cần thiết mở ngực cấp cứu đối với thể TM-TKMP đơn thuần.

- Điều trị bảo tồn:

Một số rất ít các trường hợp, tại các cơ sở chuyên khoa sâu, nếu số lượng máu và khí rất ít (như: chỉ hơi tù góc sườn hoành, bề dày dịch / siêu âm < 10mm, hay rất ít dịch - khí / chụp cắt lớp ngực), toàn trạng bệnh nhân tốt, thì có thể xét điều trị bảo tồn trong những ngày đầu sau bị thương (giảm đau, giảm viêm, tập lý liệu pháp hô hấp). Nếu lượng dịch nhiều lên sẽ dẫn lưu (hoặc chọc hút) màng phổi thì 2.

- Điều trị sau phẫu thuật:

+ Săn sóc dẫn lưu màng phổi, cố gắng rút vào 48-72 giờ sau mổ, nếu tràn khí nhiều thì có thể để lâu hơn, tới 5-7 ngày.

+ Hướng dẫn bệnh nhân tập lý liệu pháp hô hấp sớm ngay sau mổ, lưu ý không dùng biện pháp thổi bình áp lực (thổi bóng) nếu còn tràn khí nhiều.

+ Kháng sinh, giảm đau, ho long đờm, giảm viêm.

+ Ăn uống nâng cao thể trạng, bù máu nếu thiếu.

+ Theo dõi biến chứng:

. Nhiễm trùng vết mổ: Cắt chỉ da sớm, thay băng, kháng sinh theo kháng sinh đồ.

. Xẹp phổi: Tích cực làm lý liệu pháp hô hấp, nội soi khí - phế quản.

- Tiên lượng: Nhìn chung là tốt nếu điều trị đúng và tích cực. Lưu ý duy trì thuốc giảm đau, giảm viêm và tập lý liệu pháp hô hấp kéo dài nhiều tuần sau mổ, vì đau ngực do gãy xương sườn còn kéo dài tới cả tháng sau chấn thương.

4.2. Màng sườn di động (MSDD)

MSDD là thể bệnh rất nặng và khá thường gặp của chấn thương ngực kín.

Đau ngực do gãy nhiều xương sườn và rách, đung dập nhu mô phổi nặng là hai yếu tố chính dẫn đến nhiều rối loạn trong MSDD. Hô hấp đảo ngược và lắc lư trung thất là các rối loạn sinh lý bệnh hô hấp đặc trưng của MSDD.

Nhìn dưới góc độ giải phẫu bệnh, thương tổn trong MSDD có thể coi như một dạng rất nặng của thể bệnh TM-TKMP do CTNK.

4.2.1. Chẩn đoán

4.2.1.1. Lâm sàng

- Dấu hiệu cơ năng: Khó thở và đau ngực nhiều, với tính chất liên tục và tăng dần. Xuất hiện ngay sau chấn thương. Có thể gặp dấu hiệu ho khạc ra máu (khi có giập, rách nhu mô phổi nhiều).

- Dấu hiệu toàn thân:

+ Biểu hiện suy hô hấp: tím môi - đầu chi, mạch nhanh, bão hòa ô xy (SpO_2) giảm, vã mồ hôi.

+ Biểu hiện mất máu ít gặp hơn: Da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, chân tay lạnh, vã mồ hôi.

+ Thở rất nặng có thể biểu hiện sốc, vừa do suy hô hấp, vừa do mất máu.

- Dấu hiệu thực thể tại lồng ngực và bộ máy hô hấp:

+ Có vùng xây xát da, tụ máu trên thành ngực. Vùng này di động ngược chiều với lồng ngực trong các thì hô hấp.

+ Biên độ hô hấp giảm ở bên ngực thương tổn.

+ Phập phồng cánh mũi; co kéo các cơ hô hấp ở cổ, ngực khi hít vào.

+ Nhịp thở nhanh nông, điển hình là trên 25 lần/phút.

+ Sờ thấy biểu hiện gãy xương sườn: Tiếng lục cục khi thở, điểm đau chói.

+ Tràn khí dưới da quanh vùng bị thương, thường rộng và rất rõ. Nếu tràn khí dưới da nhiều có thể che lấp dấu hiệu di động của mảng sườn.

+ Tiếng rì rào phế nang phổi giảm hoặc mất ở bên ngực thương tổn.

+ Chọc hút màng phổi ra khí ở vị trí cao, ra máu không đông ở vị trí thấp.

4.2.1.2. Cận lâm sàng

- X quang ngực thẳng:

+ Hình ảnh gãy xương sườn di lệch rõ nếu gãy ở cung sau và bên, có thể thấy gãy xương ở hai đầu hoặc cả một mảng sườn bị gãy và sập vào trong thành ngực. Tràn khí dưới da, trung thất bị đẩy sang bên lành.

+ Hình ảnh TM-TKMP điển hình nếu được chụp ở tư thế đứng: Dấu hiệu tràn máu ở thấp (phế trường mờ vùng đáy phổi) phân cách với dấu hiệu tràn khí ở cao (phế trường sáng, co rúm nhu mô phổi, mất vân phổi phía ngoại vi) bằng một đường thẳng ngang.

Nếu chụp ở tư thế nằm thì hình ảnh TM-TKMP rất khó xác định, phụ thuộc vào tổng lượng máu - khí và ưu thế tổn thương là nhiều máu (phế trường mờ nhiều) hay nhiều khí (phế trường mờ ít, có khi gần giống bình thường) trong khoang màng phổi hơn.

- Xét nghiệm huyết học: Bạch cầu tăng cao, có thể có dấu hiệu thiếu máu.

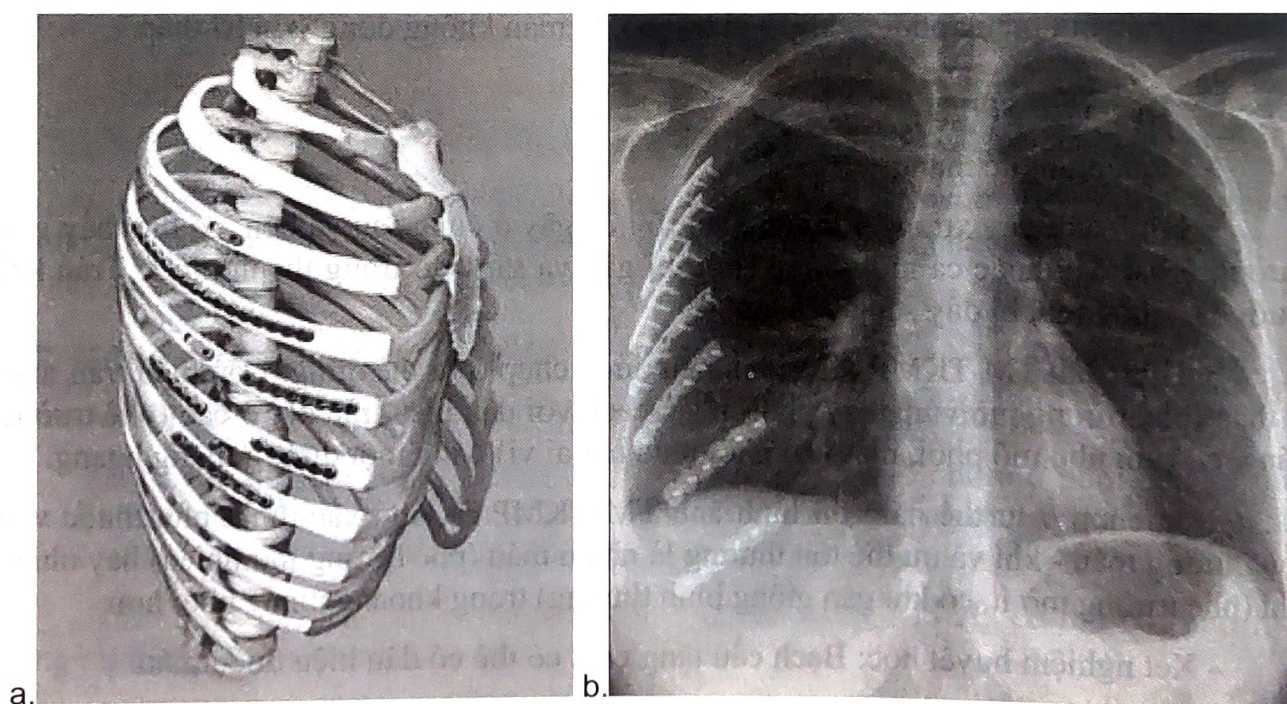
- Siêu âm màng phổi: Có dịch (máu) trong khoang màng phổi.

- Chụp cắt lớp vi tính ngực: Tuy cho hình ảnh rất tốt, song do qui trình thực hiện không đơn giản, nên chỉ áp dụng cho các trường hợp nặng và tổn thương phức tạp.

4.2.2. Điều trị

- Sơ cứu ban đầu:

- + Làm thông thoáng đường hô hấp, lấy hết dị vật, hút sạch máu ở miệng, mũi, họng.
 - + Cố định tạm thời màng sườn, có nhiều cách: Áp tay lên ngực bệnh nhân và ấn nhẹ vào màng sườn; cho bệnh nhân nằm nghiêng đè lên vùng MSDĐ có độn một gói mỏng; độn một đệm bông dày lên vùng MSDĐ rồi băng chặt quanh ngực.
 - + Chống sốc: Truyền dịch, máu, giảm đau đường tĩnh mạch (như prodafalgan)
 - + Kháng sinh, phòng uốn ván.
 - + Nhanh chóng chuyển đến cơ sở điều trị ngoại khoa thực thụ.
- Điều trị thực thụ:
- (1) Dẫn lưu máu và khí khoang màng phổi qua khoang liên sườn 5 đường nách giữa; có thể thêm một dẫn lưu ở khoang liên sườn 2 đường giữa đòn nếu có tràn khí nhiều.
 - (2) Chống sốc, bù máu, giảm đau, giảm viêm, thở ô xy ...
 - (3) Cố định màng sườn: Có nhiều cách khác nhau, chia làm hai loại là cố định ngoài và cố định trong. Nguyên tắc là chọn phương pháp đơn giản, hiệu quả, ít biến chứng.
- + Cố định ngoài: Là cố định màng sườn bằng các can thiệp phẫu thuật, hoặc trực tiếp vào ổ gãy xương sườn (Hình 6), hoặc kéo liên tục qua một dụng cụ cố định.
 - + Cố định trong: Là cố định màng sườn bằng thuốc giãn cơ và hô hấp nhân tạo bằng máy thở.



Hình 6. Kết hợp xương sườn gãy bằng nẹp vít
(a. Hình minh họa; b. Hình X-quang sau mổ)

- Tiên lượng: Nhìn chung tương đối tốt nếu điều trị đúng và tích cực. Dễ có biến chứng và di chứng nếu chẩn đoán, xử trí sơ cứu muộn, hoặc điều trị không đúng qui cách. Thời gian điều trị thường kéo dài hàng tháng với vai trò rất quan trọng của lý liệu pháp hô hấp.

4.3. Trần máu màng phổi đơn thuần

Trần máu màng phổi đơn thuần là thể bệnh cũng khá hay gặp trong CTNK.

Xét dưới góc độ giải phẫu bệnh thì trần máu đơn thuần chỉ gặp trong một số thể hiếm gặp của CTNK (vỡ tim, vỡ cơ hoành, vỡ eo động mạch chủ), và khi đó trần máu màng phổi chỉ là một hội chứng trong bệnh cảnh lâm sàng của thể bệnh đó.

Đối với các thương tổn giải phẫu thường gặp của CTNK, như gãy xương sườn, giập, rách nhu mô phổi, thì rất khó gặp trần máu đơn thuần, mà hầu hết là thể TM-TKMP, nhưng đôi khi số lượng khí rất ít, khó nhận biết trên lâm sàng và X quang ngực, nên có thể coi như chỉ có trần máu màng phổi. Nội dung trình bày dưới đây chỉ nói về thể bệnh trần máu màng phổi này.

4.3.1. Chẩn đoán

- Dấu hiệu cơ năng: Khó thở và đau ngực, với tính chất liên tục và tăng dần. Có thể xuất hiện ngay sau chấn thương (các thể nặng), hoặc xuất hiện muộn theo tiến triển của thương tổn (thể nhẹ).

- Dấu hiệu toàn thân:

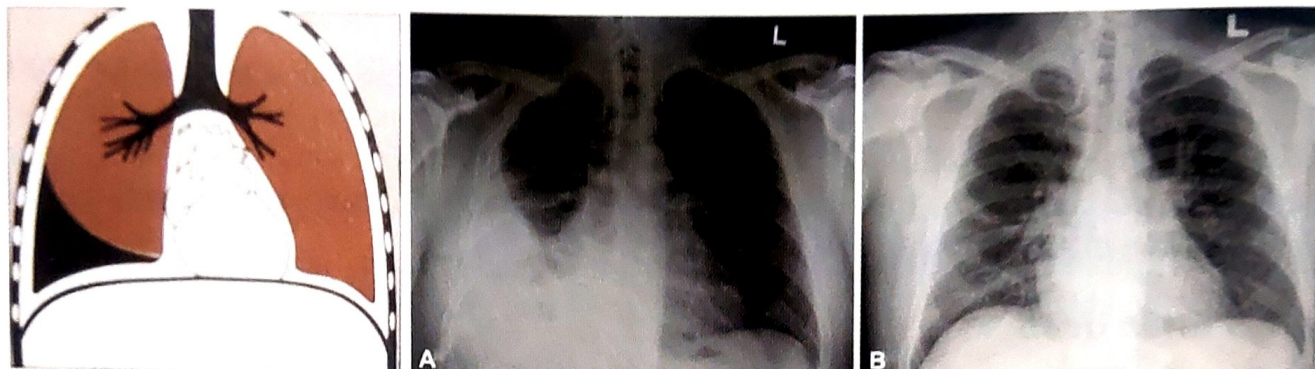
- + Có thể ít thay đổi ở các thể nhẹ, có ít máu trong khoang màng phổi.
- + Có thể biểu hiện mất máu và suy hô hấp ở các thể nặng: Da, niêm mạc nhợt và tím, mạch nhanh, bão hòa ô-xy mao mạch (SpO_2) giảm, chân tay lạnh, vã mồ hôi.
- + Hiếm gặp thể rất nặng - có biểu hiện sốc, vừa do mất máu, vừa do suy hô hấp.
- Dấu hiệu thực thể tại lồng ngực và bộ máy hô hấp:
 - + Có thể thấy vùng tụ máu, xây xát da trên thành ngực.
 - + Ngực bên thương tổn xẹp và giảm biên độ hô hấp.
 - + Phập phồng cánh mũi; co kéo các cơ hô hấp ở cổ, ngực khi hít vào.
 - + Nhịp thở nhanh nông, điển hình là trên 25 lần /phút.
 - + Gõ đục hơn ở bên thương tổn.
 - + Tiếng rì rào phế nang phổi giảm hoặc mất ở bên ngực thương tổn.
 - + Chọc hút màng phổi ra máu không đông ở vị trí thấp.
- Cận lâm sàng:
 - + X quang ngực thẳng:

Hình ảnh trần máu màng phổi ở nhiều cấp độ khác nhau, tùy thuộc lượng máu và tư thế chụp.

Nếu chụp tư thế đứng: Dạng đường cong Damoiseau (hình 7), hoặc mờ toàn bộ phế trường nếu lượng máu (dịch) quá nhiều, trung thất bị đẩy sang bên đối diện.

Nếu chụp tư thế nằm: Mờ đều toàn bộ phế trường. Độ đậm phụ thuộc lượng máu trong khoang màng phổi.

- Xét nghiệm huyết học: Bạch cầu tăng cao, dấu hiệu thiếu máu.
- Siêu âm màng phổi: Có dịch (máu) trong khoang màng phổi.
- Chụp cắt lớp vi tính ngực: Chỉ nên áp dụng cho các trường hợp nặng và nghi có tổn thương phức tạp.



Hình 7. Hình ảnh tràn máu màng phổi trên phim chụp X quang
(Hình minh họa và hình ảnh TMMP (A) và sau khi điều trị (B) chụp tư thế đứng)

4.3.2. Điều trị

- Sơ cứu sau khi bị thương:
 - + Làm thông thoáng đường hô hấp, thở ô xy.
 - + Hồi sức, truyền dịch, máu nếu có sốc mất máu.
 - + Kháng sinh, giảm đau đường tĩnh mạch (họ paracétamol), phòng uốn ván nếu có xây xát.

+ Chuyển sớm vào phòng mổ hoặc đến cơ sở có khả năng điều trị thực thụ.

- Phẫu thuật:

(1) Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi: Là giải pháp điều trị cho đa số các trường hợp. Vô cảm bằng gây tê tại chỗ. Dẫn lưu đặt qua khoang liên sườn 5 - đường nách giữa.

(2) Xét chỉ định mở ngực cấp cứu: Chỉ trong một số ít các trường hợp có đứt mạch máu lớn ở thành ngực hay trong nhu mô phổi gây chảy máu nặng, để cầm máu các tổn thương và lấy máu đông màng phổi.

Nếu dẫn lưu ra máu ngay > 1500 ml (trong vòng 6 giờ sau khi bị thương), hoặc theo dõi sau dẫn lưu thấy ra > 200 ml/giờ x 3 giờ liên. Nhưng phải cân nhắc kỹ và tham khảo ý kiến chuyên khoa phẫu thuật lồng ngực trước khi đưa ra chỉ định.

Đường mở ngực có thể là mổ mở kinh điển qua khoang liên sườn 5, hoặc mổ nội soi lồng ngực, hoặc mổ mở có nội soi hỗ trợ.

- Điều trị sau mổ:

- + Săn sóc dẫn lưu màng phổi, cố gắng rút vào 48-72 giờ sau mổ.
- + Hướng dẫn bệnh nhân tập lí liệu pháp hô hấp sớm ngay sau mổ.

- + Kháng sinh, giảm đau, ho long đờm, giảm viêm.
- + Ăn uống nâng cao thể trạng, bù máu nếu thiếu.
- + Theo dõi biến chứng: Nếu nhiễm trùng vết mổ, cắt chỉ da sớm, thay băng, kháng sinh theo kháng sinh đồ; xẹp phổi: tích cực làm lí liệu pháp hô hấp.
- Tiên lượng: Nhìn chung là tốt nếu điều trị đúng và tích cực. Lưu ý duy trì thuốc giảm đau, giảm viêm và tập lí liệu pháp hô hấp kéo dài nhiều tuần sau mổ để tránh xẹp phổi, gây ra nhiều biến chứng và di chứng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày các đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh thường gặp trong chấn thương ngực kín?

Câu 2. Trình bày chẩn đoán lâm sàng thể bệnh tràn máu - tràn khí màng phổi trong chấn thương ngực kín?

Câu 3. Trình bày chẩn đoán cận lâm sàng thể bệnh tràn máu - tràn khí màng phổi trong chấn thương ngực kín?

Câu 4. Trình bày phương pháp điều trị thể bệnh tràn máu - tràn khí màng phổi trong chấn thương ngực kín?

Câu 5. Trình bày chẩn đoán thể bệnh màng sườn di động trong chấn thương ngực kín?

Câu 6. Trình bày nguyên tắc điều trị thể bệnh màng sườn di động trong chấn thương ngực kín?

Câu 7. Trình bày chẩn đoán và nguyên tắc điều trị thể bệnh tràn máu màng phổi trong chấn thương ngực kín?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andreassian Betal (1998). Traumatologie thoracique - Pneumologie. *Flammarion médecine-sciences*, 72, tr. 706-720.
2. Đặng Hanh Đệ (2000). Khám chấn thương lồng ngực. *Ngoại khoa cơ sở*. Nhà xuất bản Y học, tr. 60-65.
3. Đặng Hanh Đệ (2000). Triệu chứng học lồng ngực, mạch máu. *Triệu chứng học ngoại khoa*. Nhà xuất bản Y học, tr. 28-62.
4. Vi Hồng Đức, Nguyễn Hữu Ước (2009). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các chấn thương ngực phải mở ngực cấp cứu. *Ngoại khoa*, 59 (2), tr. 21-26.
5. <https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-blunt-thoracic-trauma-inadults> (2020)

6. Liman S T et al. (2003). Chest injury due to blunt trauma. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 23, pp 374-378.
7. Nguyễn Công Minh (2005). *Chấn thương ngực*. Nhà xuất bản Y học.
8. Nguyễn Trọng Nghĩa (2004). Đánh giá hiệu quả lâm sàng của lý liệu pháp hô hấp trong chăm sóc bệnh nhân sau mổ chấn thương lồng ngực. *Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng; Đại học Y Hà Nội*.
9. Prins J. T. H.; Van Lieshout E. M. M.; Reijnders M. R. L.; Verhofstad M. H. J. and Wijffels M. M. E (2020). Rib fractures after blunt thoracic trauma in patients with normal versus diminished bone mineral density: a retrospective cohort study”, *Osteoporosis International*, 31: 225 - 231
10. Đoàn Anh Tuấn (2001). Nhận xét về chẩn đoán và xử trí tràn máu, khí màng phổi trong chấn thương ngực tại bệnh viện Saint-Paul trong 5 năm từ 1995-1999. *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội*.
11. Nguyễn Hữu Ước (2002). Một số cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp về tim mạch - lồng ngực. *Ngoại khoa, XLVII (6), tr. 43-52*.
12. Nguyễn Hữu Ước (2006). Khám chấn thương, vết thương ngực. *Bài giảng triệu chứng học ngoại khoa*. Nhà xuất bản Y học, tr. 90-102.
13. Nguyễn Hữu Ước, Dương Đức Hùng, Đỗ Anh Tiến, Lê Nguyên Vũ, Lê Ngọc Thành (2007). Kết quả điều trị mảng sườn di động bằng kỹ thuật khâu treo cố định ngoài. *Ngoại khoa, 57 (3), tr. 14-20*.
14. Nguyễn Hữu Ước, Đặng Hanh Sơn (1997). Chấn thương tim, nhân trường hợp vỡ tim do chấn thương kín. *Ngoại khoa, XXVII (5), tr. 25-30*.
15. Nguyễn Hữu Ước, Đỗ Anh Tiến, Nguyễn Trần Thủy, Vi Hồng Đức, Dương Đức Hùng, Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Công Hựu, Phạm Hữu Lư, Lê Ngọc Thành (2006). Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương lồng ngực tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004-2006. *Tạp chí Y học Việt Nam, 328, 11, tr. 402-413*.
16. Vanderpooten C. (1990). Traitement chirurgical des traumatismes fermés du thorax, *Encyclopedie medico-chirurgicale - Techniques chirurgicales. Chirurgie vasculaire, Cou, Médeastin, Trachée Bronches, Poumon, Plèvre, 42440 - 42445*.

VẾT THƯƠNG NGỰC HỖ

Phạm Hữu Lư, Nguyễn Hữu Ước

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh thường gặp trong vết thương ngực hở.
2. Trình bày được chẩn đoán thể bệnh vết thương ngực hở đơn thuần.
3. Trình bày được phương pháp điều trị thể bệnh vết thương ngực hở đơn thuần.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương ngực hở là một nhóm các cấp cứu ngoại khoa khá thường gặp, bao gồm các tổn thương gây thủng thành ngực, làm khoang màng phổi thông thương với không khí bên ngoài. Tùy theo các thương tổn giải phẫu bên trong lồng ngực mà vết thương ngực hở có nhiều thể bệnh với các tên gọi và mức độ nặng - nhẹ khác nhau, như: vết thương ngực hở đơn thuần (hay gặp), vết thương tim (ít gặp), vết thương ngực - bụng (ít gặp), vết thương bụng - ngực (hiếm gặp), vết thương động mạch chủ (rất hiếm gặp)..., với đặc điểm chẩn đoán và điều trị khác nhau và mang tính chuyên khoa sâu. Do vậy, nội dung bài viết này chỉ giới thiệu về vết thương ngực hở đơn thuần gọi chung là “*vết thương ngực hở*” (VTNH), thể bệnh gặp nhiều nhất và mang tính chất ngoại tổng quát. Các thể bệnh phức tạp khác sẽ được trình bày riêng trong các tài liệu đào tạo chuyên sâu nâng cao.

Do gây rối loạn nặng nề sinh lý hô hấp và tuần hoàn, có thể dẫn đến tử vong, nên VTNH là loại cấp cứu ngoại khoa được ưu tiên số một trong sơ cứu, chẩn đoán, vận chuyển và xử lý. Mặt khác, do VTNH có nhiều dạng thương tổn giải phẫu khác nhau, nên nếu không chỉ định đúng, điều trị kịp thời và săn sóc sau mổ tốt thì có thể gây ra nhiều biến chứng và di chứng nặng nề cho bệnh nhân, ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe, khả năng lao động và kinh tế của người bệnh, như: máu đông màng phổi, ổ cận màng phổi, mũ màng phổi, dây dính màng phổi.

Kỹ thuật điều trị ngoại khoa VTNH tùy thuộc vào các mức độ thương tổn giải phẫu, nhưng chủ yếu gồm: các can thiệp giúp bệnh nhân phục hồi sinh lý hô hấp (dẫn lưu màng phổi, khâu kín vết thương thành ngực), và can thiệp cầm máu nếu có nguyên nhân gây chảy máu nhiều.

2. DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG

Ở Việt Nam, nguyên nhân gây VTNH thường do các vật nhọn như dao, kéo, que sắt đâm vào ngực - trong các tai nạn sinh hoạt, lao động, và giao thông. Rất ít gặp nguyên nhân do hỏa khí. Lưu ý là có khi lỗ vào của vết thương không nằm trên thành

ngực mà từ cổ xuống, từ bụng lên (5%). VTNH gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 20 đến 40 tuổi, với trên 90% là nam giới.

Tại các cơ sở y tế, tỉ lệ gặp VTNH rất khác nhau nếu so với các cấp cứu chấn thương, vết thương ngực chung, tùy thuộc vào mỗi vùng, miền (tỉ lệ cao ở thành thị), vào khả năng của cơ sở y tế (có thể điều trị cấp cứu ngoại khoa lồng ngực hay không), và một số yếu tố xã hội khác. Ví dụ tại một số cơ sở ngoại khoa lớn có chuyên khoa phẫu thuật lồng ngực ở Hà Nội, như Bệnh viện Saint-Paul có tỉ lệ vết thương ngực hở chiếm tới 66 % trong giai đoạn từ 1995 đến 1999, nhưng tỉ lệ này chỉ chiếm khoảng 20% tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (2004-2006).

3. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ ỨNG DỤNG TRONG VẾT THƯƠNG NGỰC HỖ

- Đặc điểm giải phẫu:

Thành ngực bao gồm một khung xương cứng và cơ hoành. Khung xương cứng được tạo bởi xương ức ở phía trước, cột sống ở phía sau, nối với nhau bằng các xương sườn. Bờ dưới các xương sườn có bó mạch liên sườn. Bó mạch ngực trong chạy dọc mặt trong các khớp ức - sườn. Lá thành màng phổi nằm sát mặt trong khung xương. Cơ hoành là cơ ngăn cách giữa ngực và bụng, bên phải cao hơn bên trái 0,5-1,5 cm. Đỉnh vòm hoành nằm ngang mức khoang liên sườn 5 - đường nách giữa.

Các cơ quan bên trong lồng ngực là các thành phần quan trọng nhất của bộ máy hô hấp, tuần hoàn. Hai bên có hai phổi, mặt ngoài phủ lớp lá tạng màng phổi - nằm sát vào lá thành tạo một khoang ảo có áp lực âm (-5 đến -10 cmH₂O) gọi là khoang màng phổi. Tim nằm ngay sau xương ức và các sụn sườn bên trái. Trung thất giữa - trên có quai động mạch chủ và các mạch máu lớn vùng nền cổ, khí, phế quản gốc. Trung thất sau có động mạch chủ ngực và thực quản.

- Sinh lý của sự thở:

Hoạt động hít vào, thở ra nhờ vào hoạt động co - giãn các cơ hô hấp, tính đàn hồi của thành ngực, tính đàn hồi của phổi, và nguyên lý không khí đi từ nơi áp suất cao đến nơi áp suất thấp. Thực chất, áp suất trong phế nang luôn xấp xỉ bằng áp suất khí quyển.

Ở thì hít vào ⇔ thành ngực nở ra, cơ hoành hạ xuống, sẽ kéo phổi nở ra theo, dẫn đến giảm áp suất phế nang, và không khí tự đi vào phổi.

Ở thì thở ra ⇔ thành ngực xẹp xuống, cơ hoành nâng lên, sẽ ép xẹp nhu mô phổi, làm tăng áp suất phế nang, và không khí tự đi ra ngoài qua đường hô hấp.

Do vậy, áp lực âm tính trong khoang màng phổi, sự toàn vẹn và kín của lồng ngực và sự thông thoáng của đường hô hấp, là các yếu tố rất quan trọng đảm bảo sinh lý hô hấp.

- Trong VTNH, khi có các thương tổn giải phẫu như thủng thành ngực, tràn máu - tràn khí màng phổi, thì sẽ dẫn đến suy hô hấp do các rối loạn sinh lý hô hấp, mà điển hình là hô hấp đảo ngược và trung thất lắc lư.

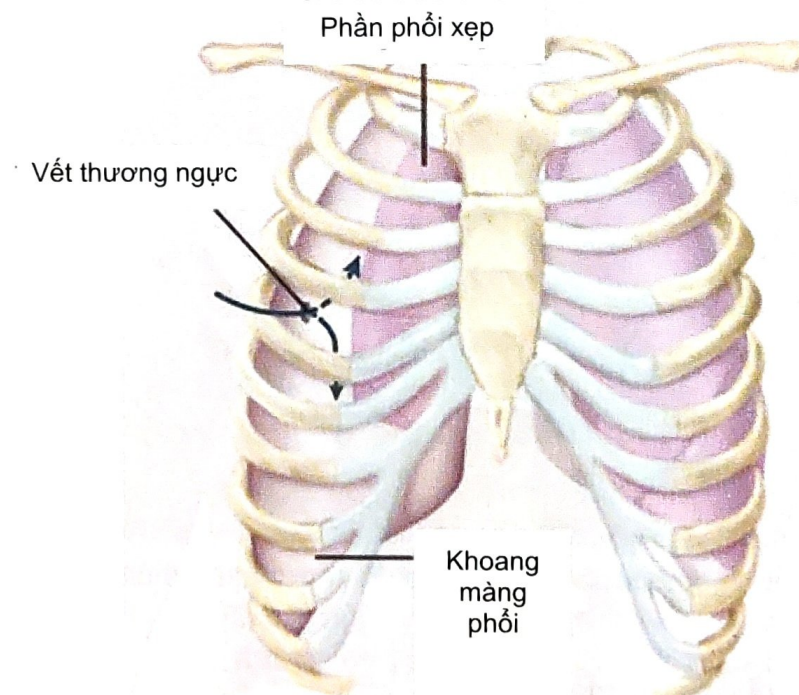
4. THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU THƯỜNG GẶP TRONG VẾT THƯƠNG NGỰC HỖ

Trong VTNH, có nhiều loại thương tổn giải phẫu với mức độ khác nhau, phụ thuộc vào vị trí, nguyên nhân, đặc điểm của vết thương. Trên thực tiễn, tùy thuộc vào số lượng và sự kết hợp của các loại thương tổn sẽ tạo nên các bệnh cảnh lâm sàng với tên gọi khác nhau. Có những thương tổn xuất hiện ở hầu hết các trường hợp (như thủng thành ngực, rách nhu mô phổi, tràn máu, tràn khí khoang màng phổi), nhưng cũng có loại thương tổn chỉ xuất hiện trong một số ít trường hợp (như vết thương tim, thủng cơ hoành...). Dưới đây là một số loại thương tổn chính, được mô tả theo thứ tự từ ngoài vào trong:

4.1. Thương tổn thành ngực

4.1.1. Thủng thành ngực

Dị vật xuyên thủng thành ngực làm khoang màng phổi thông thương với bên ngoài. Qua lỗ thủng, không khí và máu chảy ra từ vết thương sẽ đi vào khoang màng phổi ở thì hít vào, đi ra ở thì thở ra, gây nên hàng loạt rối loạn và biểu hiện trên lâm sàng như: tràn máu, tràn khí khoang màng phổi, mất áp lực âm, dấu hiệu phì phò máu - khí, đôi khi có tràn khí dưới da.



Hình 1. Vết thương ngực hở

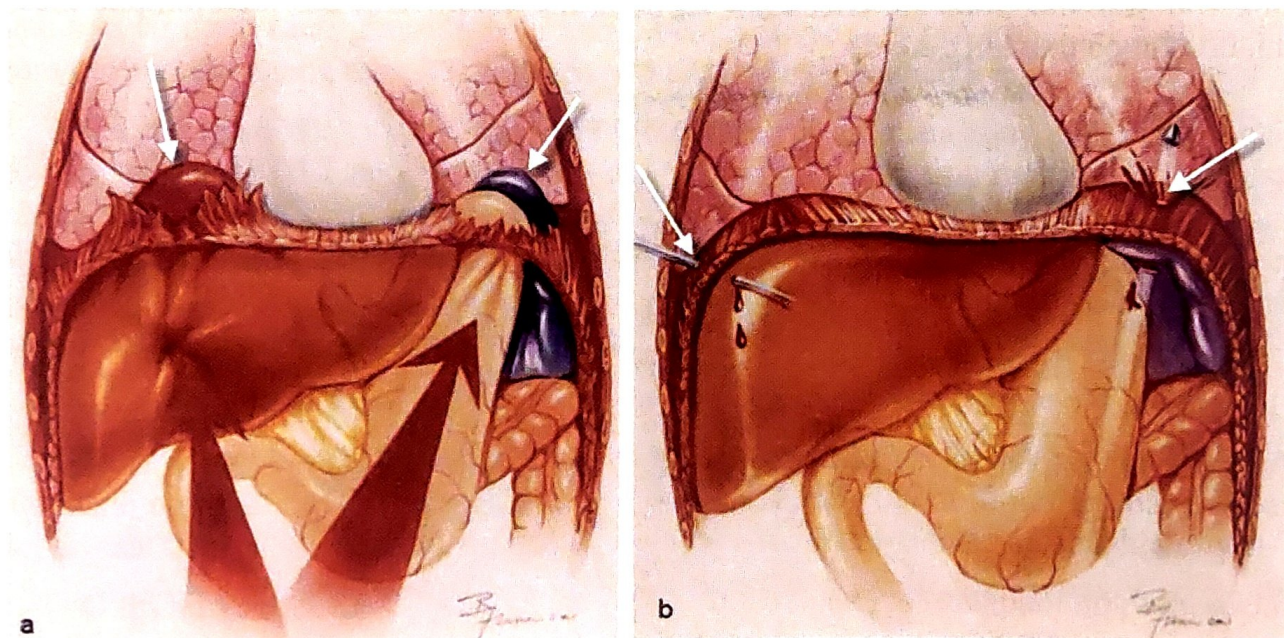
Đối với VTNH còn đang hở, tức là khoang màng phổi đang thông thương trực tiếp với không khí bên ngoài, thì hiện tượng không khí + máu đi vào, đi ra khoang màng phổi sẽ gây những biến loạn sinh lý hô hấp nặng nề (hô hấp đảo ngược, trung thất lác .v.v.), và nguy cơ tử vong nếu không kịp thời bịt kín vết thương (Hình 1). Sau khi vết thương được bịt kín, thì tình trạng rối loạn sinh lý sẽ giống như tràn máu, tràn khí màng phổi thông thường.

4.1.2. Gãy, đứt xương sườn

Khi xuyên thủng thành ngực, dị vật có thể gây đứt bán phần hay toàn bộ thân xương sườn, ở một hay nhiều xương, và làm đứt bó mạch liên sườn (vết thương mạch máu), gây chảy máu rất nhiều vào khoang màng phổi, có thể dẫn tới tử vong nếu không can thiệp cầm máu kịp thời. Trong một số ít trường hợp, khi vết thương xuyên qua xương ức hoặc khớp ức sườn, ngoài nguy cơ gây vết thương tim, nó có thể làm đứt bó mạch ngực trong gây chảy máu rất nhiều vào khoang màng phổi giống như đứt bó mạch liên sườn, hoặc gây tụ máu lớn trung thất.

4.1.3. Thủng cơ hoành

Có thể gặp khi vị trí vết thương ngực từ ngang mức khoang liên sườn 5 - đường nách giữa trở xuống, gây ra thể bệnh vết thương ngực - bụng (Hình 2). Thủng cơ hoành bên phải thường kèm vết thương gan phải, bên trái thường kèm vết thương lách, dạ dày, đại tràng góc lách, gan trái. Do áp lực âm tính khoang màng phổi nên máu + dịch tiêu hóa chảy ra từ các thương tổn trong bụng bị hút lên khoang màng phổi gây tràn máu - dịch màng phổi nhiều, và các tạng trong bụng có thể chui qua cơ hoành lên khoang màng phổi gây thoát vị hoành.



Hình 2. Thủng cơ hoành (a - vỡ do chấn thương; b - thủng do vết thương)

4.2. Thương tổn khoang màng phổi

4.2.1. Tràn máu, tràn khí màng phổi

Thương tổn này hầu như luôn tồn tại, coi như là một yếu tố cấu thành của VTNH. Không khí và máu vào khoang màng phổi từ vết thương thủng thành ngực và từ vết thương nhu mô phổi, các tạng trong ngực - bụng. Tràn máu sẽ rất dữ dội nếu có thương tổn các mạch máu lớn ở thành ngực, các mạch trong lồng ngực (động mạch chủ, động mạch phổi...), hay vết thương tim. Đôi khi không khí trong khoang màng phổi có thể

chui qua vết thương ngực ra nằm dưới da, nếu miệng vết thương đã được bịt kín, tạo ra dấu hiệu tràn khí dưới da quanh vết thương.

4.2.2. Máu cục (máu đông) màng phổi

Khi lượng máu chảy vào khoang màng phổi quá nhiều với tốc độ lớn, một phần máu sẽ đông và đông bánh lại, hình thành các cục máu đông. Từ đó gây ra thể bệnh máu cục màng phổi (hay máu đông màng phổi). Chỉ có thể làm sạch máu trong màng phổi bằng mổ ngực (hoặc mổ nội soi), còn nếu chỉ dẫn lưu màng phổi đơn thuần thì sẽ không hút được các cục máu đông đó, nguy cơ cao gây ra biến chứng ô cặn màng phổi chấn thương, dầy dính màng phổi.

4.3. Thương tổn các tạng

4.3.1. Rách phế nang hoặc phế quản nhỏ (nhu mô phổi ngoại vi)

Thương tổn này hầu như luôn tồn tại như một yếu tố cấu thành VTNH, do lá thành và lá tạng màng phổi rất mỏng và nằm sát nhau, nên dị vật chọc thủng lá thành sẽ gây thủng luôn lá tạng + nhu mô phổi, gây chảy máu và thoát khí vào khoang màng phổi.

4.3.2. Rách các phế quản lớn

Thương tổn này rất hiếm gặp trong VTNH, nếu có thì rất nặng do vết thương xuyên sâu vào ngực và trung thất, gây tổn thương rất phức tạp.

4.3.3. Xẹp phổi

Xẹp phổi thường gặp trong chấn thương ngực kín, nhưng lại ít gặp trong VTNH, vì nhu mô phổi chỉ bị vết thương tại chỗ, không kèm đụng dập phổi xung quanh; hơn nữa sinh lý hô hấp sau mổ vết thương ngực thường phục hồi tốt hơn chấn thương kín, nhờ ít có gãy xương sườn nên không gây đau và hạn chế hô hấp nặng như chấn thương ngực kín. Biểu hiện của xẹp phổi là các phế nang bị xẹp lại, phổi không nở ra được, không trao đổi khí, gây ra nhiều hậu quả nặng nề. Về lâm sàng, xẹp phổi gây co kéo trung thất, kéo cơ hoành lên cao, xẹp khoang liên sườn, suy hô hấp.

Cơ chế gây xẹp phổi: Tràn máu, tràn khí khoang màng phổi đè đẩy làm xẹp nhu mô phổi; co dúm nhu mô do mất áp lực âm khoang màng phổi; tăng tiết đờm dãi trong phế quản vùng phổi co rúm làm tắc phế quản, phổi không nở ra được. Tất cả các yếu tố đều dẫn tới xẹp phổi thực sự. Phần phổi xẹp không được thông khí nên càng tăng tiết đờm dãi nhiều, càng tắc nhiều đường hô hấp, từ đó gây xẹp phổi càng nặng như một vòng xoắn bệnh lý.

4.3.4. Vết thương tim và màng tim

Vết thương tim thường gặp khi vị trí lỗ vào vết thương nằm ở vùng nguy hiểm của tim. Nếu vết thương xuyên thủng vào buồng tim sẽ gây chảy máu rất dữ dội vào khoang màng tim, rồi qua lỗ thủng màng tim chảy vào khoang màng phổi hoặc chảy ra ngoài qua vết thủng thành ngực. Tùy thuộc vào kích thước lỗ thủng màng tim lớn hay nhỏ (dị vật to hay bé) mà có thể gây ra các bệnh cảnh khác nhau. Nếu lỗ thủng lớn: thường gây

mất máu rất cấp tính dẫn đến tử vong ngay sau khi bị thương, nên rất ít gặp bệnh cảnh này trên lâm sàng (gọi là thể vết thương tim có sốc mất máu). Nếu lỗ thủng nhỏ: máu không kịp thoát ra khỏi khoang màng tim và đông lại ở trong, giúp bịt kín tạm thời vết thương tim, nhưng lại gây chèn ép tim cấp tính, đây là bệnh cảnh thường gặp trên lâm sàng (gọi là thể vết thương tim có chèn ép tim cấp). Ngoài ra có thể gặp các dạng trung gian của hai bệnh cảnh trên.

4.3.5. Vết thương quai động mạch chủ, động mạch chủ ngực, các mạch máu lớn vùng nền cổ

Các tổn thương này rất hiếm gặp, song lại rất nặng do mất máu cấp tính, hoặc vào khoang màng phổi gây tràn máu màng phổi dữ dội, hoặc ra ngoài qua lỗ thủng thành ngực. Có mối liên quan chặt chẽ giữa vị trí lỗ vào của vết thương với thương tổn giải phẫu của tạng, cơ quan tương ứng. Ví dụ lỗ vào dọc bờ trái cột sống ngực: nguy cơ vết thương động mạch chủ ngực; lỗ vào ở hố ức và nền cổ: nguy cơ vết thương quai động mạch chủ và các mạch máu lớn vùng nền cổ.

4.4. Thương tổn giải phẫu trong vết thương ngực hở đơn thuần

- Thủng thành ngực.
- Gãy, đứt xương sườn.
- Tràn máu, tràn khí màng phổi.
- Máu đông màng phổi: Có thể có hoặc không.
- Rách nhu mô phổi.
- Xẹp phổi.

5. CHẨN ĐOÁN VẾT THƯƠNG NGỰC HỞ ĐƠN THUẦN

5.1. Dấu hiệu cơ năng

Khó thở và đau ngực: Có tính chất liên tục và tăng dần, mức độ rất nặng nếu vết thương ngực còn đang hở.

Xác định tác nhân gây thương tích: Ví dụ do dao, kéo đâm, bị chém, vật nhọn chọc vào trong tai nạn. Kích thước dị vật và độ sâu của vết thương là các yếu tố quan trọng giúp định hướng được loại và mức độ thương tổn giải phẫu.

5.2. Dấu hiệu toàn thân

- Thương tổn ở mức độ nhẹ: Tình trạng toàn thân ít thay đổi, gặp khi số lượng máu - khí trong khoang màng phổi không nhiều và vết thương ngực đã được bịt kín.

- Thương tổn ở mức độ vừa hoặc nặng: Biểu hiện của tình trạng hoặc suy hô hấp, hoặc mất máu, hoặc cả hai loại. Gặp ở thể VTNH còn đang hở hoặc thể có tràn máu màng phổi nhiều (ví dụ kèm đứt bó mạch liên sườn).

+ Biểu hiện của suy hô hấp: Mạch nhanh; da, niêm mạc tím.

+ Biểu hiện mất máu: Mạch nhanh, da xanh, niêm mạc nhợt, có thể có sốc nếu mất máu rất nặng (lơ mơ, huyết áp động mạch tụt, vã mồ hôi, chân tay lạnh).

5.3. Dấu hiệu tại lồng ngực

- Vết thương: Vị trí lỗ vào vết thương nằm trên thành ngực gặp trong hơn 95% các trường hợp, một số rất ít có lỗ vào ở vùng dưới sườn hoặc ở nền cổ, thậm chí xa lồng ngực hơn (do que dài chọc, do hỏa khí). Kích thước vết thương thường nhỏ vài cm, một số trường hợp rất lớn > 10 cm (do dao, mã tấu chém, tai nạn). Tình trạng vết thương biểu hiện ở hai thể:

+ Thở vết thương đã được bịt kín: Hoặc do vết thương nhỏ tự bịt kín, hoặc được sơ cứu bằng ép, khâu kín vết thương. Khi đó, chỉ thấy một vết thương thành ngực đơn thuần, nhưng nếu sờ quanh vết thương có thể thấy dấu hiệu tràn khí dưới da.

+ Thở vết thương còn đang hở: Hoặc do mới bị thương, hoặc do vết thương rộng, chưa được sơ cứu. Khi đó sẽ thấy dấu hiệu phì phò máu, khí qua vết thương.

- Các dấu hiệu của hội chứng tràn máu - tràn khí màng phổi:

+ Biến dạng lồng ngực, biên độ hô hấp giảm ở bên thương tổn.

+ Phập phồng cánh mũi, co kéo các cơ hô hấp ở cổ và ngực.

+ Thở nhanh nông, diễn hình tần số trên 25 lần/phút.

+ Gõ thấy vang hơn ở vùng cao, đục hơn ở vùng thấp so với bên ngực lành.

+ Nghe thấy rì rào phế nang phổi giảm hoặc mất ở bên thương tổn.

+ Chọc dò khoang màng phổi bên bị thương: Chỉ định rất hạn chế, khi dấu hiệu lâm sàng và hình ảnh X quang ngực không rõ ràng. Vị trí chọc ở khoang liên sườn 2-đường giữa đòn khi tìm tràn khí (thấy ra khí dễ dàng); hoặc ở khoang liên sườn 4-6/đường nách giữa (tư thế nằm), hoặc 7-8/đường nách sau (tư thế ngồi), khi tìm dấu hiệu tràn máu (thấy ra máu không đông).

5.4. Dấu hiệu cận lâm sàng

- *X quang ngực thẳng*: Là thăm dò cận lâm sàng cần thiết nhất, nên chụp ở tư thế đứng nếu toàn trạng bệnh nhân cho phép, giúp xác định và đánh giá mức độ của các thương tổn sau:

+ Gãy - đứt xương sườn: Hình ảnh chỉ rõ ở cung sau và bên của các xương sườn, gợi ý có tổn thương bó mạch liên sườn.

+ Tràn máu - tràn khí màng phổi: Vùng sáng của tràn khí ở phía trên phân cách với vùng mờ của tràn máu ở phía dưới bằng một đường thẳng ngang (mức nước - hơi), trung thất bị đẩy sang bên đối diện.

+ Chụp tư thế nằm: Khi tình trạng bệnh nhân không cho phép chụp đứng. Hình ảnh các thương tổn sẽ không rõ ràng bằng chụp đứng, do máu trong màng phổi sẽ lắng đều ở phía lưng và tư thế chụp không tốt. Thường chỉ thấy được dấu hiệu phế trường mờ đều ở bên thương tổn do tràn máu màng phổi.

- *Xét nghiệm huyết học*: Có dấu hiệu thiếu máu nhiều hay ít, bạch cầu tăng.
- *Siêu âm màng phổi*: Thấy dịch (máu) trong khoang màng phổi.
- *Chụp cắt lớp lồng ngực*: Chỉ trong những trường hợp rất đặc biệt. Thấy tràn máu - tràn khí màng phổi, máu cục màng phổi, dị vật phổi - màng phổi, có thể thấy hình ảnh tổn thương nhu mô phổi.

6. ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG NGỰC HỞ ĐƠN THUẦN

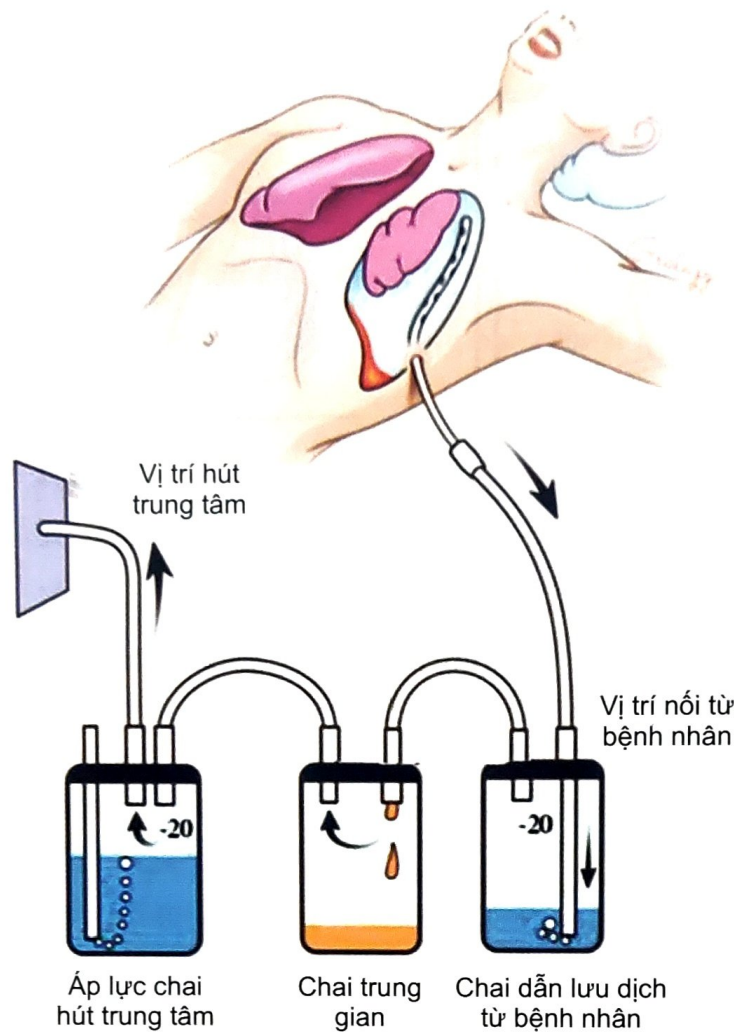
6.1. Sơ cứu sau khi bị thương

- Nhanh chóng bịt kín vết thương ngực còn đang hở: Thông thường dùng biện pháp băng ép với một lớp gạc dày. Nếu vết thương quá lớn có thể khâu da bịt tạm thời vết thương (nếu có điều kiện). Nút Depage chỉ áp dụng khi vết thương quá lớn, không có điều kiện khâu vết thương.

- Làm thông thoáng đường hô hấp, thở ô xy (nếu có).
- Hồi sức; Truyền dịch, máu nếu có sốc mất máu.
- Cho thuốc kháng sinh, giảm đau (họ paracétamol, tốt nhất là dạng tiêm tĩnh mạch như perfangan, prodafalgan), tiêm phòng uốn ván.
- Nhanh chóng chuyển đến các cơ sở ngoại khoa có khả năng điều trị phẫu thuật vết thương ngực.

6.2. Điều trị phẫu thuật

- Phẫu thuật thông thường: Giải quyết cho đa số các trường hợp, bao gồm:
Dẫn lưu tối thiểu khoang màng phổi (dẫn lưu màng phổi - Hình 3);
Cắt lọc + cầm máu + khâu kín vết thương thành ngực.
+ Vô cảm: Thường gây tê tại chỗ bằng xyclocain 1%. Nếu vết thương rộng hay cần thăm dò (ngghi ngờ bị vết thương ngực - bụng, hoặc tổn thương bó mạch liên sườn) thì gây mê nội khí quản.
- + Đặt một dẫn lưu màng phổi qua khoang liên sườn 4-6, đường nách giữa.
- + Cắt lọc, cầm máu vết thương thành ngực, khâu kín vết thương theo từng lớp giải phẫu.

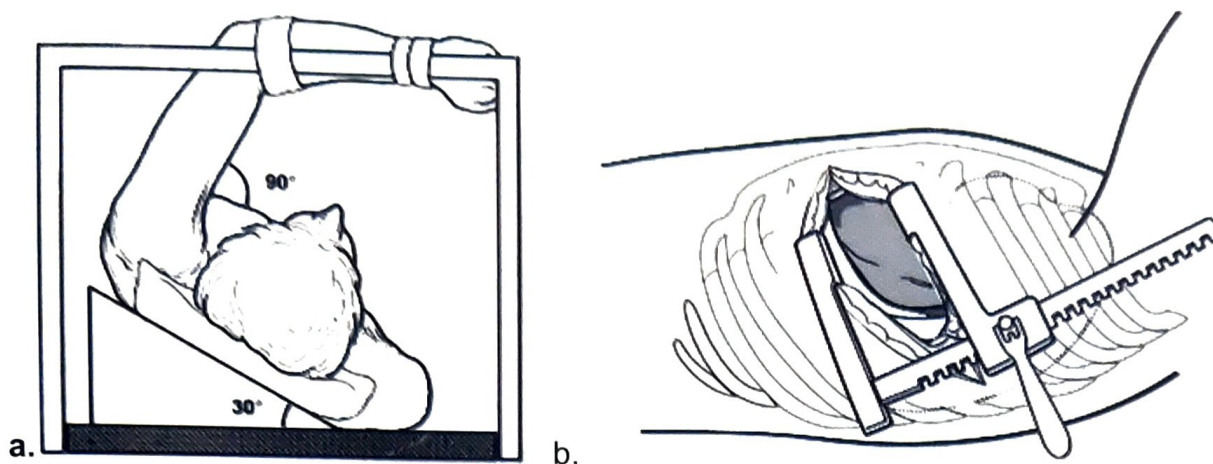


Hình 3. Hệ thống dẫn lưu khoang màng phổi (3 bình)

- Mở ngực cấp cứu:

+ Chỉ định:

- Dấu hiệu tràn máu màng phổi nhiều + tình trạng sốc mất máu.
- Nếu dẫn lưu màng phổi ra ngay >1000 ml máu / thời gian từ khi bị thương tới khi mổ không quá 6 giờ.
- Nếu dẫn lưu màng phổi ra >1500 ml máu / thời gian từ khi bị thương tới khi mổ dài hơn 6 tiếng.
- Theo dõi sau dẫn lưu màng phổi thấy máu ra > 200 ml/giờ x 3 giờ liền, hoặc > 300 ml /giờ x 2 giờ liền.
- Kích thước VTNH rộng > 10cm.
- VTNH còn dị vật cắm vào vết thương.
- Dị vật trong phổi - màng phổi có đường kính > 1cm.
- Máu cục (máu đông) màng phổi.



Hình 4. Mở ngực đường trước - bên (a. Tư thế bệnh nhân; b. Hình ảnh đường mổ)

- Kỹ thuật mổ (Hình 4):

+ Gây mê toàn thân. Đường mổ ngực thường qua khoang liên sườn 5, đôi khi chọn đường mổ gần vết thương hoặc qua chính vết thương. Có thể mổ nội soi lồng ngực nếu toàn trạng bệnh nhân và trang thiết bị cho phép.

+ Xác định nguyên nhân gây chảy máu nhiều (vết thương bó mạch liên sườn, bó mạch ngực trong, nhánh động mạch phổi lớn trong nhu mô). Cầm máu bằng khâu - thắt mạch, không dùng đốt điện đơn thuần.

+ Dẫn lưu màng phổi và đóng ngực.

6.3. Điều trị sau mổ

- Chăm sóc dẫn lưu màng phổi, thông thường rút dẫn lưu vào 48-72 giờ sau mổ.

- Hướng dẫn bệnh nhân tập lý liệu pháp hô hấp sớm ngay sau mổ.

- Thay băng, chăm sóc vết thương ngực, vết mổ (nếu có), chân dẫn lưu hàng ngày. Cắt chỉ vết thương sau 7-10 ngày.

- Thuốc:

+ Kháng sinh, giảm đau, ho long đờm, giảm viêm.

+ Ăn uống nâng cao thể trạng, bù máu nếu thiếu.

- Theo dõi biến chứng:

+ Nhiễm trùng vết thương, vết mổ: Cắt chỉ sớm, cấy vi trùng dịch mủ, thay băng, dùng kháng sinh liều cao, phổ rộng, theo kháng sinh đồ.

+ Xẹp phổi: Tích cực làm lý liệu pháp hô hấp.

+ Máu cục màng phổi, ổ cặn màng phổi chấn thương, dây dính màng phổi, mủ màng phổi do bội nhiễm (hiếm): ít gặp trong VTNH, điều trị phức tạp.

- Tiên lượng: Nhìn chung là tốt nếu chỉ định và điều trị đúng, tích cực.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh thường gặp trong vết thương ngực hở?

Câu 2. Trình bày chẩn đoán vết thương ngực hở đơn thuần?

Câu 3. Trình bày nguyên tắc điều trị vết thương ngực hở đơn thuần?

Câu 4. Trình bày các chỉ định điều trị bằng phẫu thuật mở ngực cấp cứu trong vết thương ngực hở đơn thuần?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andreassian B et al. (1998). Traumatologie thoracique. *Pneumologie, Flammarion médecine-sciences*, 72 : 706-720.
2. Đặng Hanh Đệ (2005). Thái độ xử trí trong chấn thương lồng ngực, *Cấp cứu ngoại khoa tim mạch - lồng ngực*. Nhà xuất bản Y học, tr: 7-20.
3. Vi Hồng Đức, Nguyễn Hữu Ước (2009). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các chấn thương ngực phải mở ngực cấp cứu. *Ngoại khoa*, 59 (2): 21-26.
4. Nguyễn Quang Hưng, Đỗ Anh Tiến, Phạm Hữu Lư, Đoàn Quốc Hưng, Dương Đức Hùng, Nguyễn Hữu Ước, Lê Ngọc Thành (2008). Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật vết thương ngực bụng tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 352 (số 2 tháng 11): 557-562.
5. Kristine L. Shackleton, Edward T. Stewart, Andrew J. Taylor (1998). Traumatic Diaphragmatic Injuries: Spectrum of Radiographic Findings. *RadioGraphic*; 18: 49-59.
6. Mandal AK, Sanusi M (2001). Penetrating chest wounds: 24 years experience. *World Journal Surgery*, 25(9): 1145-1149.
7. Nguyễn Văn Mão (2001). Vết thương ngực, *Bệnh học ngoại, tập II*. Nhà xuất bản Y học, tr: 7-9.
8. Paci M et al. (2006). The role of diagnostic VATS in penetrating thoracic injuries. *World Journal of Emergency Surgery, Vol 1 (1:30)*: 1-5.
9. (1990). Traumatisme du thorax, Encyclopedie medico-chirurgicale - Techniques chirurgicales: Chirurgie vasculaire, Cou, Mõdeastin. *Trachée Bronches, Poumon, Plèvre* 42440 - 42445.
10. Đoàn Anh Tuấn (2001). Nhận xét về chẩn đoán và xử trí tràn máu, khí màng phổi trong chấn thương ngực tại bệnh viện Saint-Paul trong 5 năm từ 1995-1999. *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội*.

11. Nguyễn Hữu Ước (2002). Một số cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp về tim mạch - lồng ngực. *Ngoại khoa, XLVII (6): 43-52.*
12. Nguyễn Hữu Ước (2005). Các đường mở ngực trong cấp cứu, *Cấp cứu ngoại khoa tim mạch - lồng ngực.* Nhà xuất bản Y học, tr: 37-50.
13. Nguyễn Hữu Ước, Phan Thanh Nam, Nguyễn Công Hựu, Lê Ngọc Thành (2010). Đặc điểm chẩn đoán và kết quả phẫu thuật vết thương tim. *Ngoại khoa, 60 (1): 31-38.*
14. Nguyễn Hữu Ước, Đỗ Anh Tiến, Nguyễn Trần Thuỷ, Vi Hồng Đức, Dương Đức Hùng, Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Công Hựu, Phạm Hữu Lư, Lê Ngọc Thành (2006). Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004- 2006. *Tạp chí Y học Việt Nam, 328 (tháng 11): 402-413.*

CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CHI

Vũ Ngọc Tú, Nguyễn Hữu Ước

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được những kiến thức cơ bản về chấn đoán chấn thương, vết thương động mạch chi.
2. Trình bày được những kiến thức cơ bản về điều trị chấn thương, vết thương động mạch chi.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý mạch máu là một lĩnh vực rất rộng lớn - bản chất là một chuyên ngành, gồm rất nhiều bệnh khác nhau, dành cho các thầy thuốc chuyên khoa (nội khoa, ngoại khoa, can thiệp, chấn đoán hình ảnh ...).

Trong giới hạn phẫu thuật đại cương, nội dung bệnh mạch máu chỉ tập trung đến những thương tổn mạch máu mang tính *cấp cứu thường gặp và phổ thông* nhất, mà chủ yếu là các *vết thương và chấn thương* mạch máu, tập trung vào *động mạch* (ĐM) chi; vì một số lý do như: thương tổn ĐM có tính chất cấp tính hơn nhiều so với tĩnh mạch; tổn thương của ĐM chi có bệnh cảnh lâm sàng khá thuần nhất; tỉ lệ vết thương - chấn thương mạch chi (85 %) cao hơn nhiều so với mạch cảnh, mạch trung tâm và mạch tạng (bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, phức tạp, rất nặng và tỉ lệ tử vong cao).

Vết thương (VT) và chấn thương (CT) của ĐM chi là các cấp cứu ngoại khoa khá thường gặp (chiếm 2 - 3% số cấp cứu tại Bệnh viện Việt Đức trong các năm 1998 - 2001). Bệnh cần được điều trị rất sớm, tốt nhất là trong 6 giờ đầu sau khi bị thương, nên cần được ưu tiên số 1 trong chẩn đoán, vận chuyển và xử lý. Nếu để muộn sẽ gây di chứng ở chi do thiếu máu, cắt cụt chi, thậm chí tử vong.

Trong khái niệm CT, VT ĐM chi, thì các ĐM chi trên gồm ĐM nách, ĐM cánh tay, ĐM quay và ĐM trụ. Các ĐM chi dưới gồm ĐM chậu ngoài, ĐM đùi chung, ĐM đùi nông và sâu, ĐM khoeo, ĐM chày trước và chày sau.

2. NHẮC LẠI GIẢI PHẪU - SINH LÝ BỆNH

2.1. Giải phẫu bệnh trong vết thương động mạch

2.1.1. Nguyên nhân

Thường do dao, vật nhọn đâm, các dị vật bắn vào (phoi bào), đạn bắn. Trong hầu hết các trường hợp, lỗ vào của VT nằm trên đường đi của mạch máu lớn của chi.

2.1.2. Thương tổn ĐM (Hình 1)

Có thể là VT đứt rời hoặc VT bên. Mép VT thường sắc gọn, ít đụng giập hai đầu mạch (trừ do đạn bắn).

- VT đứt rời: Hai đầu mạch co lại, tụt vào trong tổ chức phần mềm và hình thành cục huyết khối ở hai đầu => dễ cầm máu bằng băng ép, khó tìm khi phẫu thuật.

- VT bên lớn hơn 1/2 chu vi mạch (hay gặp): Coi như VT đứt rời về mặt cấp máu do sớm hình thành huyết khối gây tắc mạch tại chỗ hoặc mạch phía dưới. Có đặc điểm chảy máu nhiều, rất khó cầm khi sơ cứu (hay phải dùng ga rô), nhất là mạch ở nông (ĐM cánh tay, đùi chung), nhưng dễ tìm thấy và kiểm soát trong mổ.

- VT bên nhỏ dưới 1/3 chu vi mạch (ít gặp): Tạm thời vẫn còn lưu thông dòng máu ra ngoài vì trong những giờ đầu tiên (biểu hiện mạch yếu hơn bên chi lành). Nếu không được phát hiện và điều trị, thương tổn ĐM có thể tiến triển theo hai hướng:

- + Hình thành huyết khối gây tắc mạch tại chỗ hoặc phía dưới ⇔ phát hiện muộn gây hoại tử chi do thiếu máu. Do vậy phải coi “mạch yếu” là dấu hiệu chẩn đoán VT ĐM chi ngay từ đầu, cần can thiệp ngay hoặc theo dõi sát.

- + ĐM vẫn lưu thông và không hình thành huyết khối gây tắc mạch, nhưng máu tiếp tục thông với ngoài lòng mạch qua VT ⇔ hình thành khối giả phòng ĐM.

2.1.3. Thương tổn phần mềm xung quanh

Thường nhẹ (trừ do đạn bắn) ⇔ tuần hoàn phụ được bảo tồn nhiều, sinh lý bệnh chậm chuyển sang giai đoạn thiếu máu không hồi phục.

2.2. Giải phẫu bệnh trong chấn thương động mạch

2.2.1. Nguyên nhân

- Cơ chế gián tiếp (hay gặp): Do gãy xương, trật khớp ⇔ đầu xương gãy di lệch chọc vào ĐM hoặc giăng xé gây giập nát đoạn ĐM chạy sát xương (ví dụ ĐM khoeo sau mâm chày).

- Cơ chế trực tiếp (ít gặp): Do các vật tù rơi, chọc mạnh vào vùng có đường đi của ĐM chi (mặt trong đùi, cánh tay), gây giập nát phần mềm - trong đó có ĐM, có thể kèm gãy xương, rách da.

2.2.2. Thương tổn động mạch (Hình 1) - Sắp xếp từ hay gặp tới ít gặp, có thể là:

- Giập nát hay đụng giập một đoạn mạch + huyết khối ở bên trong.
- Giập nát + đứt rời một đoạn mạch.
- ĐM bị căng dẫn đến co thắt ĐM do đầu xương gãy tì đè vào (hay gặp trong gãy trên lồi cầu xương cánh tay), dẫn đến giảm hoặc ngừng lưu thông dòng máu qua vùng co thắt ⇔ dấu hiệu thiếu máu cấp tính tiến triển chậm, nhưng nếu bỏ sót cũng rất nguy hiểm.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Gãy trên lồi xương cánh tay + mất mạch $\Leftrightarrow$ Thử nắn xương và bắt lại mạch, nếu mạch rõ trở lại thì không cần can thiệp mạch máu.

+ Dấu hiệu mạch yếu có vai trò chẩn đoán CT ĐM chi.

- Đụng dập nhỏ cả ba lớp ở một phía thành mạch, lúc đầu mạch còn thông, rồi mới tiến triển hình thành huyết khối gây tắc mạch $\Leftrightarrow$ Dễ bỏ sót nếu không theo dõi.

- Đụng dập rất nhỏ ở 1 trong 3 lớp của thành mạch, có khi chỉ là bong một chút nội mạc, rồi từ từ mới hình thành huyết khối muộn gây tắc mạch sau vài giờ - vài ngày $\Leftrightarrow$ Rất dễ bỏ sót tổn thương ĐM trên lâm sàng.

Cách khắc phục: Nếu thấy mạch hơi yếu + vị trí tổn thương (gãy xương, trật khớp, đụng giập phần mềm nặng) ở vùng hay có thương tổn ĐM (quanh gối, quanh khuỷu), cần cho siêu âm Doppler mạch hoặc chụp ĐM cấp cứu bằng cắt lớp đa dãy, để có chẩn đoán xác định sớm.

2.2.3. Thương tổn phần mềm

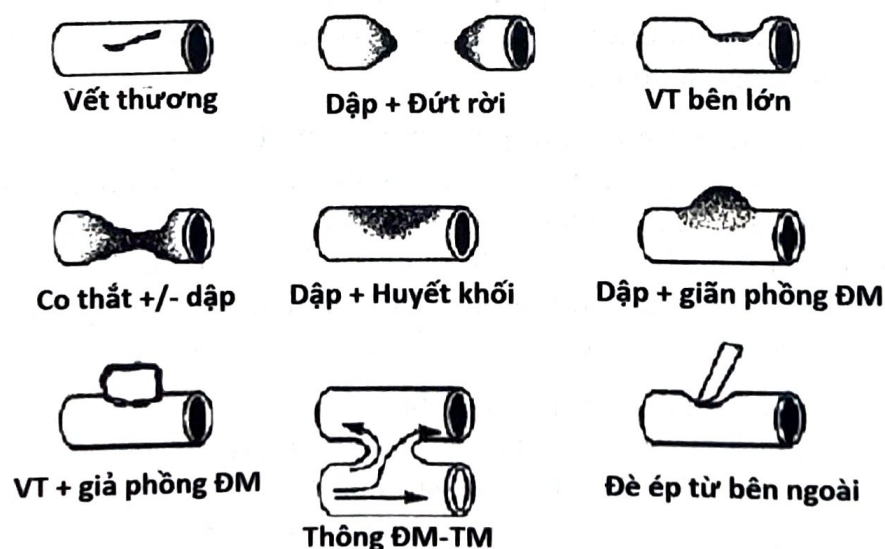
Phần mềm xung quanh bị tổn thương khá nhiều do gãy xương, trật khớp hoặc sang chấn mạnh trực tiếp, phá hủy nhiều hệ thống tuần hoàn phụ $\Leftrightarrow$ Tiến triển của thiếu máu cấp tính thường nhanh, nhất là khi có gãy xương hai tầng / một chi.

2.2.4. Vị trí gãy xương, trật khớp thường gặp trong chấn thương động mạch

- Chi trên: Gãy trên lồi cầu xương cánh tay, trật khớp khuỷu $\Leftrightarrow$ quanh khuỷu.

- Chi dưới: Gãy 1/3 dưới xương đùi, vỡ lồi cầu đùi, trật khớp gối, gãy mâm chày, gãy 1/3 trên xương chày $\Leftrightarrow$ quanh gối.

Ứng dụng lâm sàng: Cần tìm hội chứng thiếu máu cấp tính chi một cách hệ thống khi có gãy xương, trật khớp ở các vùng này.



Các Hình thái CT - VT động mạch chi

Hình 1. Các hình thái chấn thương - vết thương động mạch chi

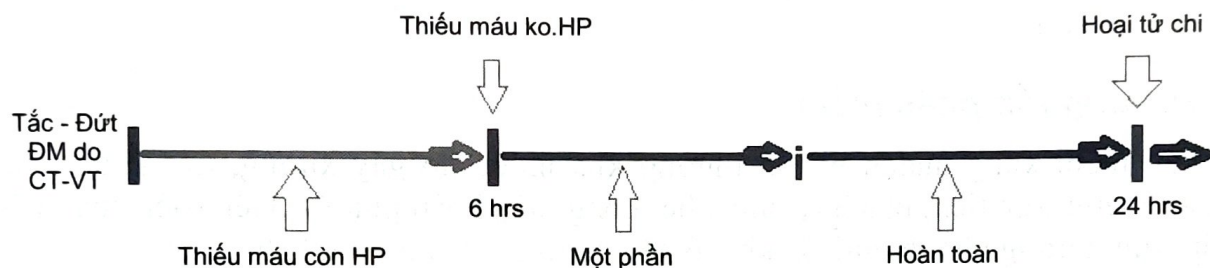
2.3. Các thương tổn giải phẫu phối hợp

- Thương tổn tĩnh mạch tùy hành ĐM: Hay gặp trong VT, ít gặp trong CT ⇔ Làm thay đổi một phần các dấu hiệu lâm sàng.

- Thương tổn thần kinh đi kèm ĐM: Hay gặp trong VT - nhất là chi trên, hiếm gặp trong CT ⇔ ảnh hưởng đến dấu hiệu rối loạn cảm giác - giống như dấu hiệu quan trọng của hội chứng thiếu máu cấp tính chi giai đoạn muộn.

- Trong chấn thương, có thể kèm thương tổn của các cơ quan khác (bụng, ngực, xương chậu ...), có khi gây sốc - co mạch ngoại vi ⇔ làm thiếu máu chi do tổn thương ĐM trở nên nặng hơn và tiến triển nhanh hơn.

2.4. Sinh lý bệnh



Hình 2. Sơ đồ sinh lý bệnh Hội chứng thiếu máu cấp tính chi

- Trong hầu hết các trường hợp, ĐM bị đứt rời, giập nát và tắc sau khi bị thương, dẫn đến ngừng cấp máu chi một cách đột ngột theo đường ĐM chính và sẽ nhanh chóng xuất hiện các rối loạn do thiếu máu cấp tính của chi phía dưới, gọi là “*hội chứng thiếu máu cấp tính phía ngoại vi*” ⇔ Rất quan trọng, liên quan chặt chẽ đến việc chẩn đoán và điều trị cấp cứu.

- Giai đoạn thiếu máu còn hồi phục: Tức là sau khi phục hồi lưu thông mạch máu ở thời điểm này, thì chi phía dưới sẽ phục hồi hoàn toàn về phương diện cấp máu. Cần cố gắng điều trị trong giai đoạn này.

- Giai đoạn thiếu máu không hồi phục một phần: Các tổ chức bắt đầu dần hoại tử, sớm nhất là tổ chức thần kinh, rồi đến các khoang cơ - ví dụ nhóm cơ trước ngoài ở cẳng chân, làm mất cảm giác - vận động ngón chi và sưng nề bắp chân (hội chứng khoang cẳng chân). Tuy nhiên số lượng tổ chức hoại tử chưa nhiều, vẫn cho phép phục hồi lưu thông dòng máu để bảo tồn hình thể và một phần chức năng của chi, nhưng cần phối hợp mở cân cơ để giảm áp lực khoang và cắt lọc bớt tổ chức cơ đã hoại tử.

- Giai đoạn thiếu máu không hồi phục hoàn toàn: Do thời gian thiếu máu kéo dài, làm số lượng các tổ chức bị hoại tử đã quá nhiều - nguy cơ gây nhiễm độc cho bệnh nhân; hơn nữa chức năng chi cũng bị mất gần hết. Khi đó không còn chỉ định bảo tồn chi nữa. Cứng khớp tử thi là một dấu hiệu khá trung thành ở giai đoạn này.

- Thời gian xuất hiện giai đoạn không hồi phục đến sớm hay muộn sau thương tổn ĐM chi sẽ phụ thuộc vào một số yếu tố:

+ Vị trí thương tổn trên ĐM: Thời gian đến muộn hơn nếu bị thương tổn dưới chỗ

chia các nhánh bên lớn (hỗ trợ nuôi chi tốt), ví dụ như ở ĐM cánh tay dưới chỗ chia nhánh cánh tay sâu, ĐM đùi nông - có thể cho phép tới sau 24 giờ.

+ Mức độ thương tổn phần mềm phối hợp: Càng nặng thì thời gian đến càng sớm, do bị mất hệ thống tuần hoàn phụ nằm trong phần mềm.

+ Tình trạng huyết động: Nếu có sốc chấn thương sẽ ảnh hưởng đến tưới máu ngoại vi, làm thời gian đến sớm hơn, có khi dưới 6 giờ.

+ Năng lực cấp cứu ban đầu: Việc sơ cứu chưa tốt, như không dùng thuốc chống đông (nếu có chỉ định), sử dụng biện pháp cầm máu VT ĐM chi bằng ga rô, không mở cân dù có nguy cơ hội chứng khoang $\Leftrightarrow$ làm tắc và cản trở hệ thống tuần hoàn phụ, thời gian xuất hiện thiếu máu không hồi phục sẽ sớm hơn.

Nhưng nhìn chung, để dễ ứng dụng lâm sàng, người ta thường lấy mốc dưới 6 giờ: là giai đoạn thiếu máu có hồi phục, sau 6 giờ thì nguy cơ chuyển sang giai đoạn thiếu máu không hồi phục một phần, và sau 18 - 24 giờ là giai đoạn không hồi phục hoàn toàn.

3. CHẨN ĐOÁN CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CHI

Chẩn đoán VT - CT ĐM chi chủ yếu dựa vào dấu hiệu lâm sàng, quan trọng là người thầy thuốc nghĩ đến nó. Thăm dò cận lâm sàng (siêu âm mạch, chụp ĐM) chỉ cần thiết trong một số trường hợp khó. Chẩn đoán lâm sàng dựa chủ yếu vào các dấu hiệu của hội chứng thiếu máu cấp tính chi phía dưới thương tổn.

3.1. Chẩn đoán lâm sàng vết thương động mạch chi

3.1.1. Cơ năng

- Bị đâm, chọc bằng vật nhọn.
- Chảy máu rất nhiều qua VT, có khi chảy thành tia.
- Tê bì, giảm rồi mất dần cảm giác ngọn chi.
- Giảm rồi mất dần vận động chủ động ngọn chi.

3.1.2. Toàn thân

- Thường ít thay đổi trong ngày đầu.
- Trong trường hợp có mất máu nhiều - sẽ có dấu hiệu thiếu máu.
- Hoặc đề quá muộn (thường sau 24 - 48 giờ), đã hoại tử chi - sẽ có dấu hiệu nhiễm độc (lơ mơ, vật vã, mạch nhanh, huyết áp tụt, da niêm mạc nhợt, đái ít).

3.1.3. Tại chỗ vết thương

- VT thường nằm trên đường đi của mạch máu lớn, ví dụ mặt trước - trong cánh tay, mặt trước - trong đùi.
- Khám VT có thể thấy hai tình huống:

+ VT đang chảy máu nhiều hoặc phun thành tia $\Leftrightarrow$ ít gặp, do VT thường đã được cầm máu khi sơ cứu.

+ VT đã cầm máu, nhưng thấy một khối máu tụ dưới da quanh VT, điển hình thấy khối máu tụ này đập theo nhịp tim.

3.1.4. Chi phía dưới vết thương

Biểu hiện của *hội chứng thiếu máu cấp tính chi*, với một loạt các triệu chứng lâm sàng có đặc điểm: có thể xuất hiện ngay hoặc chậm lại, nếu có thì nặng dần và diễn biến theo thời gian. Cần phải đối chiếu với chi lành khi thăm khám. Cụ thể bao gồm:

- Da nhợt màu (hơi tím nhẹ nếu kèm tổn thương tĩnh mạch).
- Sờ thấy lạnh. Vận mạch đầu ngón giảm.
- Mạch ngoại vi (quay, mu chân) yếu hoặc mất.
- Vận mạch đầu ngón giảm, búp ngón không căng.
- Rối loạn cảm giác: Cảm giác nông giảm dần rồi mất hẳn, đi từ ngọn đến gốc chi.
- Rối loạn vận động: Vận động chủ động giảm dần rồi mất hoàn toàn, đi dần từ ngọn đến gốc chi.
- Phù nề và đau bắp cơ: Các bắp cơ sưng nề (điển hình nhất là bắp chân - giống bắp chân căng trong gãy xương cẳng chân), đau cả về cơ năng và thực thể, bóp vào chi làm đau tăng lên. Triệu chứng này thường xuất hiện khi bắt đầu giai đoạn thiếu máu không hồi phục, do thiếu máu nặng gây phù nề cơ và tổ chức.
- Các triệu chứng của thiếu máu không hồi phục hoàn toàn: Xuất hiện những mảng tím đen trên da, rồi cả một đoạn phía ngọn chi tím đen hoại tử. Nổi các nốt phỏng nước như bóng. Khớp bị cứng lại như khớp tử thi. Có khi hoại tử nhiễm trùng, chảy nước và hôi thối, gây nhiễm độc toàn thân rất nặng.

3.1.5. Phân chia giai đoạn thiếu máu

Thông thường các triệu chứng theo giai đoạn thiếu máu trong hội chứng thiếu máu cấp tính chi điển hình, sẽ phân bố như sau:

Còn hồi phục (< 6 giờ)	Không hồi phục một phần (> 6 giờ)	Không hồi phục hoàn toàn (> 18-24 giờ)
Mất mạch, lạnh	Phù nề + Đau cơ	Cứng khớp tử thi
Giảm cảm giác	Mất cảm giác	Phồng nước
Giảm vận động	Mất vận động	Tím đen, hoại tử

3.2. Chẩn đoán lâm sàng chấn thương động mạch chi

Trong chấn thương ĐM chi, triệu chứng lâm sàng có một số thay đổi do những sang chấn của gãy xương - trật khớp gây ra, nên rất dễ bỏ sót thương tổn mạch máu do quá tập trung vào các dấu hiệu rầm rộ của gãy xương và đa chấn thương khác. Tuy nhiên, nếu *ngĩ đến và thăm khám cẩn thận* thì vẫn dễ dàng phát hiện chấn thương ĐM chi.

3.2.1. Cơ năng

- Nguyên nhân thường là sang chấn mạnh làm gãy xương - trật khớp, hoặc chấn thương trực tiếp vào vùng đường đi mạch máu chi.
- Các dấu hiệu cơ năng của gãy xương - trật khớp, đụng giập nặng phần mềm - như rất đau, giảm - mất vận động chi.
- Hỏi kĩ có thể thấy dấu hiệu tê bì, giảm cảm giác ngón chi.

3.2.2. Toàn thân

Là các dấu hiệu của gãy xương và sang chấn khác, có thể có sốc chấn thương. Nếu đến muộn cũng có thể gặp các dấu hiệu nhiễm trùng do hoại tử chi.

3.2.3. Tại chỗ tổn thương

- Hoặc đụng giập cơ - phần mềm + tụ máu ở vùng nằm trên đường đi của ĐM chi.
- Hoặc các dấu hiệu của gãy xương (sưng nề, biến dạng, lệch trục), trật khớp ở các vị trí nêu trên (mục 2.2.4).

3.2.4. Chi phía dưới

Hội chứng thiếu máu cấp tính chi giống như trong vết thương ĐM chi, tuy nhiên khó thăm khám và đánh giá hơn, do bản thân thương tổn xương khớp trong chấn thương ĐM cũng làm chi sưng nề, bắp cơ căng, giảm vận động ... ⇔ cần thăm khám thận trọng.

3.3. Chẩn đoán cận lâm sàng

Nhìn chung, chỉ bắt buộc ở một số trường hợp khó, nhất là trong CTĐM.

- Siêu âm Doppler mạch: Giá trị chẩn đoán cao, tiện lợi vì là thăm dò không chảy máu, song đòi hỏi phương tiện và người làm siêu âm có kinh nghiệm.
- Chụp ĐM chi bằng cắt lớp đa dãy: Ít xâm lấn, hình ảnh đẹp, nhưng qui trình thực hiện không đơn giản, phải có phương tiện, chi phí cao.
- Chụp ĐM chọn lọc: Giá trị chẩn đoán rất cao, hình ảnh khá đẹp, song thăm dò có chảy máu (xâm lấn) với một số nguy cơ, biến chứng, qui trình thực hiện cũng rất phức tạp.

4. ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG ĐỘNG MẠCH CHI

Nguyên tắc chung là cố gắng phục hồi lưu thông dòng máu càng sớm càng tốt.

4.1. Vết thương động mạch chi

4.1.1. Sơ cứu sau khi bị thương

- Cầm máu VT: VT đứt rời dễ cầm máu hơn VT bên ĐM. Có bốn cách:

+ Băng ép: Chỉ định rộng rãi, hiệu quả trong đa số các trường hợp. Khi thất bại mới dùng các biện pháp khác.

+ Phẫu thuật thắt ĐM trên và dưới vị trí bị thương: Tuy hiệu quả về cầm máu, nhưng có nhiều hạn chế (phải có dụng cụ mổ, tìm các đầu ĐM đứt rời rất khó, cần người biết mổ mạch máu $\Leftrightarrow$ kéo dài thời gian thiếu máu).

+ Chèn chặt gạc vào VT và khâu kín da bên ngoài: Khá hiệu quả, dễ làm hơn và giảm bớt các hạn chế của thắt ĐM.

+ Garô: Chỉ định rất hạn chế. Yêu cầu:

Cần thực hiện đúng kỹ thuật và tuân thủ đầy đủ qui trình của garô.

Chỉ garô khi tiên lượng được thời gian từ khi garô - điều trị thực thụ là < 6 giờ.

- Cho thuốc chống đông:

+ Cần đảm bảo cầm máu chắc chắn trước khi dùng thuốc.

+ Thuốc dùng là heparin tiêm tĩnh mạch (thường dùng): liều 100 - 200 đơn vị /kg /24 giờ. Chế phẩm thường dùng hiện tại là lọ 5 ml (5000 đ.vị / 1 ml). Cách dùng:

- Pha tổng liều/24 giờ + huyết thanh (mặn 9‰, hoặc ngọt 5‰) vào bơm tiêm 20 - 50 ml, tiêm tĩnh mạch chia thành từng liều nhỏ, cách nhau 2 - 4 giờ /1 lần.

- Pha tổng liều/24 giờ vào lọ huyết thanh 500ml, truyền tĩnh mạch chậm 24 giờ.

- Dùng bơm tiêm điện, cách pha thuốc tính theo tổng liều 24 giờ.

- Mở cân nếu thiếu máu chi đã muện vào giai đoạn không hồi phục một phần hoặc tiên lượng sẽ tiến triển đến giai đoạn này trên đường vận chuyển lên tuyến chuyên khoa.

- Cho kháng sinh, thuốc phòng uốn ván.

- Hồi sức chống choáng, truyền dịch - máu nếu cần.

- Chuyển ngay lên tuyến có khả năng điều trị thực thụ.

4.1.2. Điều trị phẫu thuật

- Vô cảm: Nên gây mê nội khí quản, có thể gây tê vùng.

- Thắt ĐM: Chỉ định rất hạn chế, chỉ nên thực hiện ở trường hợp đến muện nhưng chưa có dấu hiệu hoại tử chi (tuần hoàn phụ tốt), và VT bị nhiễm trùng. Chấp nhận tỉ lệ nhất định bị hoại tử chi sau thắt mạch.

- Khâu nối phục hồi lưu thông ĐM, thường khâu trực tiếp, ít khi phải ghép mạch (thường dùng đoạn tĩnh mạch hiển lớn tự thân đảo chiều).

- Khâu nối tổn thương tĩnh mạch và thần kinh phối hợp.

- Rút hạn chế khâu kín da.

- Mở cân phía dưới (cẳng chân, cẳng tay), nếu ở giai đoạn thiếu máu không hồi phục một phần.

4.1.3. Điều trị sau mổ

- Chống đông: Thông thường chỉ cần duy trì bằng heparin trong vòng 24 giờ (liều lượng như trên), sau đó có thể thay thế bằng aspegic (250 - 500 mg /ngày x 15 - 30 ngày). Trường hợp đến muộn, thiếu máu nặng, có thể kéo dài điều trị chống đông bằng heparin trong nhiều ngày, với liều cao hơn (200 - 300 đ.vị /24 giờ), rồi thay thế bằng lovenox (0,4ml/24 giờ).

- Biện chứng:

+ Nhiễm trùng VT: Thường do xử lý phần mềm không tốt, hoặc bị giập nát phần mềm nặng, mất da rộng - cần mở rộng VT, thay băng và sát sóc tốt, vì nếu để nhiễm trùng kéo dài thì nguy cơ bội nhiễm nội ĐM rất cao.

Khi đã bị bội nhiễm nội ĐM thì nguyên tắc xử lý chung là thắt mạch + điều trị nhiễm trùng. Sau đó nếu chỉ còn sống sẽ xét nối lại mạch sau.

+ Tắc mạch nối: Rất ít gặp nếu kỹ thuật khâu nối mạch tốt. Cần theo dõi tình trạng lưu thông dòng máu hàng ngày (chi hồng, ấm, mạch rõ, vận động - cảm giác phục hồi dần).

+ Suy thận cấp: Hiếm gặp trong vết thương ĐM, thường ở trường hợp đến rất muộn - chỉ thiếu máu rất nặng, nhưng cố khâu nối mạch để điều trị bảo tồn chi.

Biểu hiện: Lơ mơ, đái ít, nước tiểu có thể sẫm màu, xét nghiệm sinh hóa thấy suy thận rõ, men CPK tăng cao ... ⇔ Chỉ định cắt cụt chi sớm nếu lâm sàng + xét nghiệm không cải thiện khi điều trị bằng thuốc.

4.2. Chấn thương động mạch chi

4.2.1. Sơ cứu sau khi bị thương

- Cố định gãy xương, trật khớp bằng nẹp.

- Hồi sức chống choáng, truyền dịch - máu nếu cần.

- Cho thuốc chống đông nếu không có các nguy cơ chảy máu (vết rách - giập nát phần mềm rộng, có chấn thương chảy máu ở các cơ quan khác). Thuốc, liều lượng và cách dùng như trong vết thương ĐM chi.

- Mở cân nếu thiếu máu chi đã muộn vào giai đoạn không hồi phục một phần hoặc tiền lượng sẽ tiến triển đến giai đoạn này trên đường vận chuyển lên tuyến chuyên khoa.

- Kháng sinh, thuốc phòng uốn ván nếu có VT.

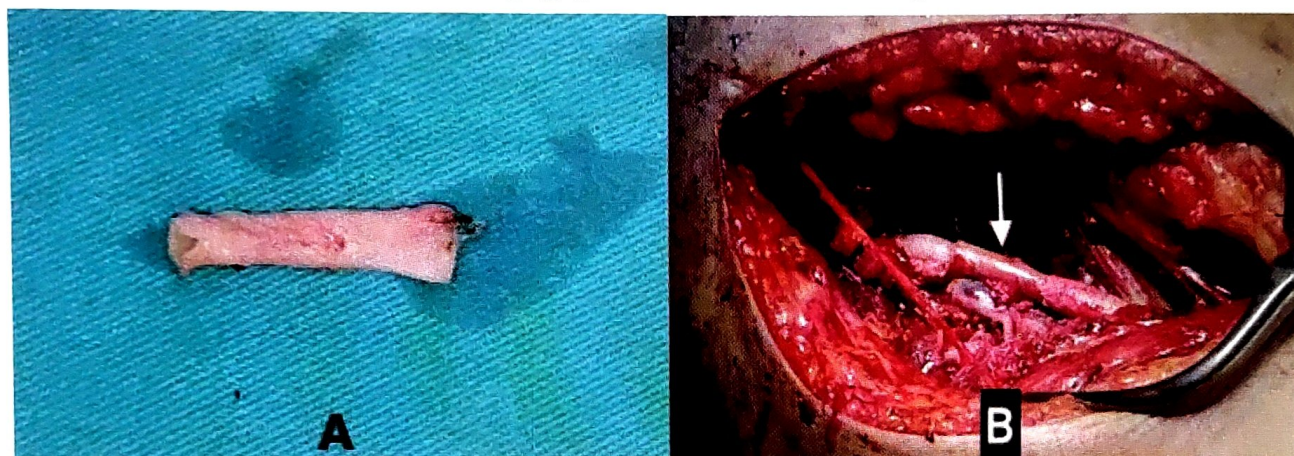
- Chuyển ngay lên tuyến có khả năng điều trị thực thụ.

4.2.2. Điều trị phẫu thuật

- Vô cảm: Nên gây mê nội khí quản, có thể gây tê vùng.

- Nên mổ cố định xương gãy trước khi nối mạch: Nguyên tắc là dùng những kỹ thuật đơn giản nhất nhưng có hiệu quả để cố định tương đối ổ gãy xương. Nếu giai đoạn thiếu máu muộn quá thì có thể nối ĐM trước khi cố định xương gãy.

- Phẫu tích mạch, cắt bỏ đoạn ĐM bị chấn thương cho tới tận phần mạch lành.
- Khâu nối phục hồi lưu thông ĐM, thường phải ghép đoạn mạch bằng tĩnh mạch hiển lớn tự thân đảo chiều (Hình 3).
- Khâu nối tổn thương tĩnh mạch và thần kinh phối hợp.
- Rất hạn chế khâu kín da.
- Mở cân phía dưới (cẳng chân, cẳng tay), nếu có dấu hiệu sung nề - đau bắp cơ hoặc ở giai đoạn thiếu máu không hồi phục một phần.
- Nếu thấy cổ định xương chưa thật vững, có thể tăng cường thêm bằng một máng bột để cổ định chi ở tư thế cơ năng (gấp nhẹ để tránh làm căng vào miệng nối mạch).



Hình 3. Phẫu thuật phục hồi lưu thông động mạch chi sau chấn thương

A: Đoạn ghép tĩnh mạch hiển; B: Ghép đoạn ĐM khoeo bằng tĩnh mạch hiển

4.2.3. Điều trị sau mổ

- Chống đông: Nên duy trì bằng heparin trong 24 - 48 giờ, sau đó có thể thay thế bằng lovenox hay aspegic (liều lượng, cách dùng như trong vết thương ĐM). Trường hợp đến muộn, thiếu máu nặng, có thể kéo dài điều trị chống đông bằng heparin trong nhiều ngày, với liều cao gấp 2 - 3 lần.

- Biến chứng:

+ Nhiễm trùng VT: Thường do cắt lọc tổn thương phần mềm không tốt, hoặc bị giập nát phần mềm nặng, hoặc bị hoại tử một số nhóm cơ do thiếu máu nặng - cần mở rộng VT, thay băng và sát sóc tốt, vì nếu để nhiễm trùng kéo dài thì nguy cơ bục miệng nối ĐM rất cao. Nếu thấy hoại tử nhóm cơ - cần mổ cắt lọc cơ hoại tử (có khi phải mổ như vậy tới 5 - 6 lần).

Khi đã bị bục miệng nối ĐM thì nguyên tắc xử lý chung là thắt mạch + điều trị nhiễm trùng. Sau đó nếu chi còn sống sẽ xét nối lại mạch sau, nếu thiếu máu nặng thì cắt cụt chi.

+ Suy thận cấp: Khá hay gặp trong chấn thương ĐM, thường do chấn đoán muộn - ở giai đoạn thiếu máu chi rất nặng, nhưng cố khâu nối mạch để điều trị bảo tồn chi.

Biểu hiện: Lơ mơ, đại ít, nước tiểu có thể sẫm màu, xét nghiệm sinh hóa thấy suy thận rõ, men CPK tăng cao ... ⇔ Chỉ định cắt cụt chi sớm nếu lâm sàng + xét nghiệm không cải thiện sau điều trị bằng thuốc.

+ Tắc miệng nối: Rất ít gặp nếu kỹ thuật khâu nối mạch tốt và cắt bỏ hết phần mạch tổn thương. Cần theo dõi tình trạng lưu thông dòng máu hàng ngày (chi hồng, ấm, mạch rõ, vận động - cảm giác phục hồi dần).

- Chuyển điều trị triệt để tổn thương gãy xương - nếu cần thiết, sau khi ổn định về mạch máu (thường sau 5 - 10 ngày).

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy trình bày chẩn đoán lâm sàng chấn thương động mạch chi?

Câu 2. Hãy trình bày nguyên tắc điều trị chấn thương động mạch chi?

Câu 3. Hãy trình bày chẩn đoán lâm sàng vết thương động mạch chi?

Câu 4. Hãy trình bày nguyên tắc điều trị vết thương động mạch chi?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hanh Đệ (2001). Vết thương mạch máu, *Bệnh học ngoại, tập II*. NXB Y học: 16-20.
2. Đoàn Hữu Hoạt, Nguyễn Hữu Ước, Vũ Ngọc Tú (2019). Đặc điểm lâm sàng và thương tổn giải phẫu bệnh chấn thương động mạch chi dưới tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2017 - 2019. *Tạp chí Y học thực hành*; 7(1103): 38-42.
3. Phạm Quang Phúc, Nguyễn Hữu Ước (2002). Tìm hiểu sự khác biệt của hội chứng thiếu máu cấp tính giữa chi trên và chi dưới trong tổn thương mạch máu. *Ngoại khoa*, 2: 41-50.
4. Nguyen Huu Uoc (2011). Present features of vascular trauma in Vietnam. *Annals of Vascular Diseases*. ISSN: 1881-641X (4): S311.
5. Nguyễn Hữu Ước (2013). *Bài giảng bệnh học Ngoại khoa (dùng cho sinh viên Đại học Y năm thứ 4)*. Nhà xuất bản Y học: 245 - 279.
6. Nguyễn Hữu Ước, Trần Bình Giang và cộng sự (2019). Xử trí chấn thương, vết thương mạch máu ngoại vi. *Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - Bộ Y tế*.
7. Nguyễn Hữu Ước, Chế Đình Nghĩa, Dương Đức Hùng, Đoàn Quốc Hưng, Nguyễn Công Hựu, Phạm Hữu Lư, Đỗ Anh Tiến, Lê Ngọc Thành (2007). Đánh giá tình hình cấp cứu vết thương - chấn thương mạch máu ngoại vi tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004 - 2006. *Ngoại khoa*; 57(4): 12-19.

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Kiều Đình Hùng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được nguy cơ của chấn thương sọ não (CTSN).
2. Nêu được các thương tổn giải phẫu thường gặp do chấn thương sọ não.
3. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và cách thức xử trí các loại máu tụ trong sọ.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

CTSN là cấp cứu thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa hàng ngày, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước kém phát triển, nguyên nhân gây tử vong thứ ba ở các nước phát triển sau bệnh tim mạch và ung thư. Ở Việt Nam hàng năm trung bình có khoảng 12.000 người chết do tai nạn, đặc biệt là tai nạn giao thông và rất nhiều những trường hợp để lại di chứng nặng nề là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Kết quả điều trị CTSN phụ thuộc phần lớn vào công tác quản lý và xử trí cấp cứu ban đầu, nhất là đối với CTSN nặng. Sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và sự tiến bộ của hồi sức cấp cứu ở nước ta hiện nay giúp làm giảm đáng kể tỉ lệ tử vong và tàn tật.

Trong các loại tổn thương do CTSN gây ra thì máu tụ trong sọ cần được quan tâm nhiều nhất vì nếu chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời có thể cứu sống người bệnh, giảm tỉ lệ tử vong và di chứng.

2. CÁC LOẠI TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU TRONG CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

2.1. Chấn động não

Do não bị chấn động mạnh sau chấn thương, biểu hiện lâm sàng là bệnh nhân quên sự việc xảy ra lúc tai nạn kèm chóng mặt, đau đầu.

Điều trị: Chủ yếu là điều trị triệu chứng, theo dõi tri giác.

2.2. Vỡ xương sọ

Xương sọ là một khối xương hộp có tác dụng bảo vệ não, khi bị chấn thương xương sọ rất hay bị tổn thương

Hay gặp ở vòm sọ hơn nền sọ (hình 1).

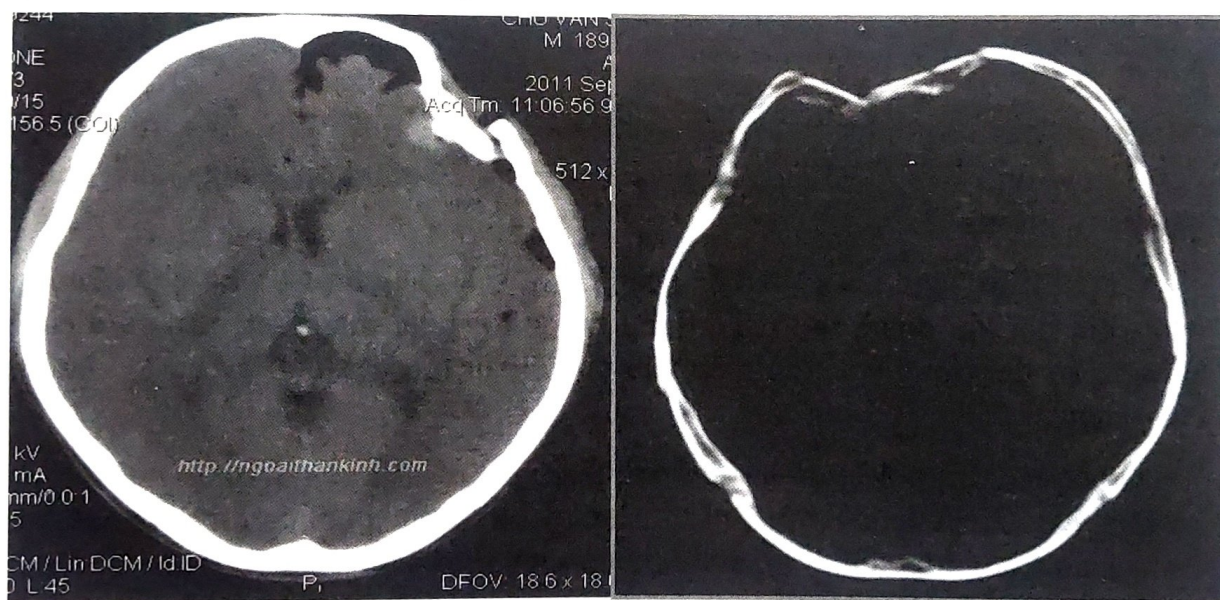
Vỡ xương vòm sọ kín thường biểu hiện lâm sàng bằng máu tụ dưới da đầu mà cụ thể là máu tụ dưới màng xương. Khối máu tụ khu trú ở một xương hoặc cả hai xương do đường vỡ đi qua khe khớp. Với người lớn đặc biệt chú ý đường vỡ xương vùng thái dương dễ gây ra máu tụ ngoài màng cứng do tổn thương động mạch màng não giữa. Bệnh nhân vỡ xương vòm sọ thì nguy cơ máu tụ trong sọ cao hơn nhiều lần so với bệnh nhân không bị vỡ xương vòm sọ. Theo thống kê, có tới 80% máu tụ ngoài màng cứng có vỡ vòm sọ.

Vỡ nền sọ có thể gây ra một số biến chứng như tổn thương các dây thần kinh sọ như dây I, II, III, VII, VIII; rò nước não tủy.

Vỡ tầng trước rất hay gặp biểu hiện lâm sàng bằng máu tụ hai hố mắt kiểu đeo kính râm, nếu máu tụ trong hố mắt nhiều khi sẽ đẩy lồi mắt, chảy máu qua lỗ mũi, nhiều khi kèm theo dịch não tủy, trường hợp nặng có khi tổ chức não lòi ra qua mũi.

Vỡ tầng giữa biểu hiện lâm sàng bằng chảy máu qua lỗ tai, tụ máu vùng xương chũm xuất hiện muộn hơn.

Đối với trẻ em nhiều khi gặp vỡ xương sọ tiến triển là đường vỡ to dần lên, biểu hiện lâm sàng bằng một khối u dưới da đầu to dần lên, chắc, theo nhịp đập, cần phẫu thuật vá màng não và tạo hình hộp sọ.



Hình 1. Vỡ xương trán trái và khí dưới màng cứng

2.3. Phù não

- Phù não có thể xuất hiện ngay sau tai nạn do tổn thương các sợi trục lan toả, hoặc phù não do đụng dập não, biểu hiện bệnh nhân hôn mê sau tai nạn, nếu tổn thương sợi trục nhiều hoặc giập não lớn biểu hiện lâm sàng thường nặng, có hội chứng tăng áp lực nội sọ. Trên cắt lớp vi tính thấy dấu hiệu các rãnh cuộn não bị xóa, não thất bị xẹp.

- Xử trí: Cho bệnh nhân nằm đầu cao 20-30°, hô hấp hỗ trợ như cho bệnh nhân thở ô xy, đặt nội khí quản, thở máy, dùng thuốc lợi tiểu, mannitol, nếu có điều kiện đặt máy đo áp lực trong sọ, để theo dõi và đánh giá kết quả điều trị.

2.4. Chảy máu dưới màng mềm

- Là tổn thương hay gặp nhất trong chấn thương sọ não.

- Là chảy máu ở màng nuôi, hậu quả có thể làm co thắt mạch não gây thiếu máu não hoặc phù não (hình 2).

- Lượng máu trong khoang dưới nhện khi chảy máu dưới màng mềm giảm dần theo thời gian. Khoảng 50% chảy máu dưới màng mềm bị tiêu đi trong 2 ngày đầu sau chấn thương sọ não. Sau 3 ngày, chỉ còn khoảng 33% lượng máu còn thấy được trên phim chụp cắt lớp vi tính.

- Xử trí: Truyền dịch, cung cấp đủ lưu lượng tuần hoàn, dinh dưỡng, dùng thuốc chống co thắt mạch như papaverin, nimotop...



Hình 2. Chảy máu màng mềm

2.5. Dập não

- Thường gặp ở nền sọ nơi tiếp xúc với các gờ xương, hay gặp nhất ở cực trán và cực thái dương (hình 3).

- Sau tai nạn bệnh nhân hôn mê, có thể có dấu hiệu thần kinh khu trú, trên phim chụp cắt lớp vi tính xuất hiện vùng tăng và giảm tỉ trọng hỗn hợp, xung quanh khối này là vùng giảm tỉ trọng.

- Xử trí: Cho bệnh nhân nằm đầu cao 20-30°, hô hấp hỗ trợ như cho bệnh nhân thở ô xy, đặt nội khí quản, thở máy, dùng thuốc lợi tiểu, mannitol, nếu có điều kiện đặt máy đo áp lực trong sọ. Nếu dập não chảy máu lớn cần mổ lấy bỏ tổ chức dập não chảy máu.

Hầu hết các bệnh nhân có tổn thương dập não nhất là tổn thương dập não nặng nếu có sống sót đều để lại di chứng nặng nề. Tuy nhiên cũng có những trường hợp dập não ít, tụ máu trong não nhỏ có thể không có biểu hiện lâm sàng và trong trường hợp này bệnh nhân có tiên lượng tốt.

Ngày nay đã có rất nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị đặc biệt là hồi sức nên đã giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và di chứng.

2.6. Các loại máu tụ trong sọ

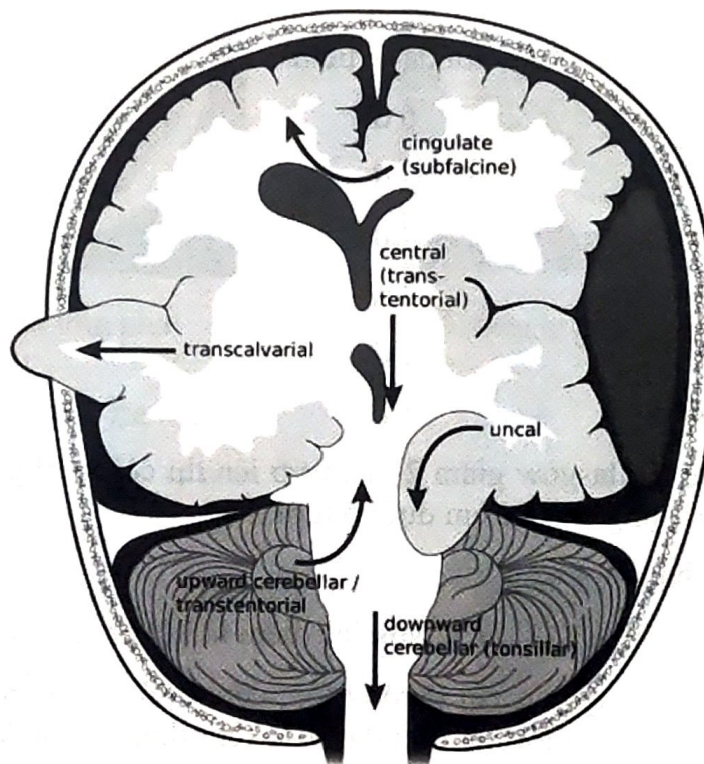
Có ba loại: máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng, và máu tụ trong não. Trong đó, máu tụ ngoài màng cứng có tiên lượng tốt nhất.

2.6.1. Máu tụ ngoài màng cứng

- Định nghĩa: Máu tụ ngoài màng cứng là khối máu tụ nằm ở giữa xương và màng cứng.

- Nguyên nhân: Do tổn thương động mạch màng não mà chủ yếu là động mạch màng não giữa ở vùng thái dương; vỡ xương sọ chủ yếu là chảy máu từ lớp xương xốp; tổn thương xoang tĩnh mạch, xoang tĩnh mạch dọc trên hoặc xoang tĩnh mạch bên.

- Điều kiện hình thành: Máu tụ ngoài màng cứng chỉ có thể có ở những bệnh nhân có nguồn chảy máu đủ lớn và nguồn chảy máu đó có khả năng bóc tách được màng não ra khỏi xương sọ. Chính vì thế máu tụ hay gặp ở vùng thái dương dễ bóc tách, ít gặp ở người già do màng não dính chặt vào xương sọ.



Hình 3. Hình ảnh tụt kẹt não do máu tụ NMC

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Khoảng tỉnh: Khoảng dưới 50% số bệnh nhân có khoảng tỉnh điển hình tức là sau tai nạn mất tri giác sau đó tỉnh lại và sau một quãng thời gian lại mê đi, khoảng tỉnh càng dài thì tiên lượng càng tốt, và ngược lại, khoảng tỉnh càng ngắn chứng tỏ nguồn chảy máu lớn nếu không xử trí kịp thời thì tình trạng xấu đi càng nhanh. Trên 50% bệnh nhân bị máu tụ ngoài màng cứng không có khoảng tỉnh mà biểu hiện bằng tri giác giảm dần. Cần sử dụng bảng theo dõi hôn mê Glasgow để đánh giá và theo dõi tri giác. Cách tính điểm như sau:

• Đáp ứng bằng mắt: tối đa 4 điểm

Mở mắt tự nhiên: 4 đ

Gọi mở: 3 đ

Cấu mở: 2 đ

Không mở: 1 đ

- Đáp ứng bằng lời: tối đa 5 điểm.

Trả lời đúng: 5 đ

Trả lời không đúng: 4 đ

Trả lời ú ớ: 3 đ

Kêu rên: 2 đ

Không đáp ứng: 1 đ

- Đáp ứng bằng vận động: tối đa 6 điểm.

Bảo làm đúng 6 đ

Cầu gạt đúng 5 đ

Cầu gạt không đúng 4 đ

Gấp cứng 2 chi trên 3 đ

Duỗi cứng 4 chi 2 đ

Không đáp ứng 1 đ

* Chú ý: Điểm Glasgow giảm 2 điểm trở lên thì coi là tri giác xấu đi, thang điểm Glasgow không áp dụng cho trẻ em dưới 5 tuổi.

+ Dấu hiệu thần kinh khu trú:

- Liệt nửa người bên đối diện, với đặc điểm là liệt từ từ và tăng dần.

• Dẫn đồng tử cùng bên với thương tổn, dẫn từ từ tăng dần sau chấn thương, nếu dẫn ngay sau tai nạn là do tổn thương dây III, kèm theo dẫn là kém hoặc mất phản xạ ánh sáng.

Nếu không được điều trị kịp thời sẽ xuất hiện các dấu hiệu thần kinh thực vật: mạch chậm dần, huyết áp tăng dần, sốt cao và rối loạn nhịp thở.

- Cận lâm sàng:

+ X quang sọ: Thấy đường vỡ xương hoặc lún xương cần chụp phim thẳng, tiếp tuyến, nghiêng phải và nghiêng trái.

+ Chụp cắt lớp vi tính: Vùng tăng tỉ trọng, sát xương sọ, hình thấu kính hai mặt lõm, đôi khi có góc nước não tủy, kèm theo dấu hiệu đè đẩy não thất và đường giữa sang bên đối diện.

- Thái độ xử trí:

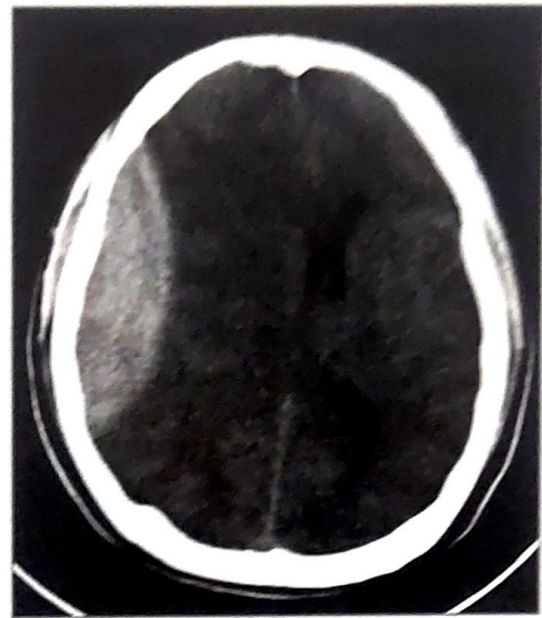
+ Hồi sức hô hấp: Làm thông thoáng đường thở, nằm đầu cao, thở ô xy.

+ Mô cấp cứu lấy máu tụ: Mở cửa sổ xương (Volet) lấy máu tụ, cầm máu và khâu treo màng cứng, sau đó đặt lại xương sọ. Đây là kỹ thuật được dùng phổ biến hiện nay.

+ Điều trị sau mổ: Sau mổ, để bệnh nhân nằm đầu cao 20-30°, cho kháng sinh, truyền huyết thanh mận 0,9%, theo dõi dẫn lưu, tri giác và dấu hiệu thần kinh khu trú.



Hình 4. Dập não trán phải



Hình 5. Máu tụ ngoài màng cứng đỉnh phải

2.6.2. Máu tụ dưới màng cứng

- Định nghĩa: Là khối máu tụ nằm dưới màng cứng và trên bề mặt não.

- Phân loại (có ba loại):

+ Máu tụ DMC cấp tính là khối máu tụ trước 72 giờ.

+ Máu tụ DMC bán cấp là khối máu tụ xuất hiện trước 3 tuần.

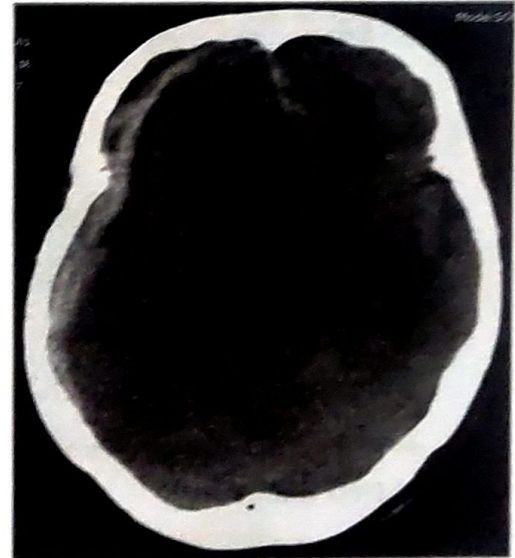
+ Máu tụ DMC mạn tính là khối máu tụ xuất hiện sau 3 tuần.

- Nguyên nhân: Tổn thương tĩnh mạch cầu, các tĩnh mạch ở vỏ não hoặc tổn thương thành bên xoang tĩnh mạch.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Tri giác rối loạn: Chiếm khoảng 30-40% có khoảng tỉnh còn lại là mê từ đầu nhưng tri giác xấu dần, cần sử dụng bảng hôn mê Glasgow để đánh giá và theo dõi tri giác.

+ Dấu hiệu thần kinh khu trú: Liệt nửa người bên đối diện, từ từ và tăng dần; dần đồng tử cùng bên với thương tổn, dần từ từ tăng dần sau chấn thương. Nếu không được điều trị kịp thời sẽ xuất hiện các dấu hiệu thần kinh thực vật: mạch chậm dần, huyết áp tăng dần, sốt cao và rối loạn nhịp thở.

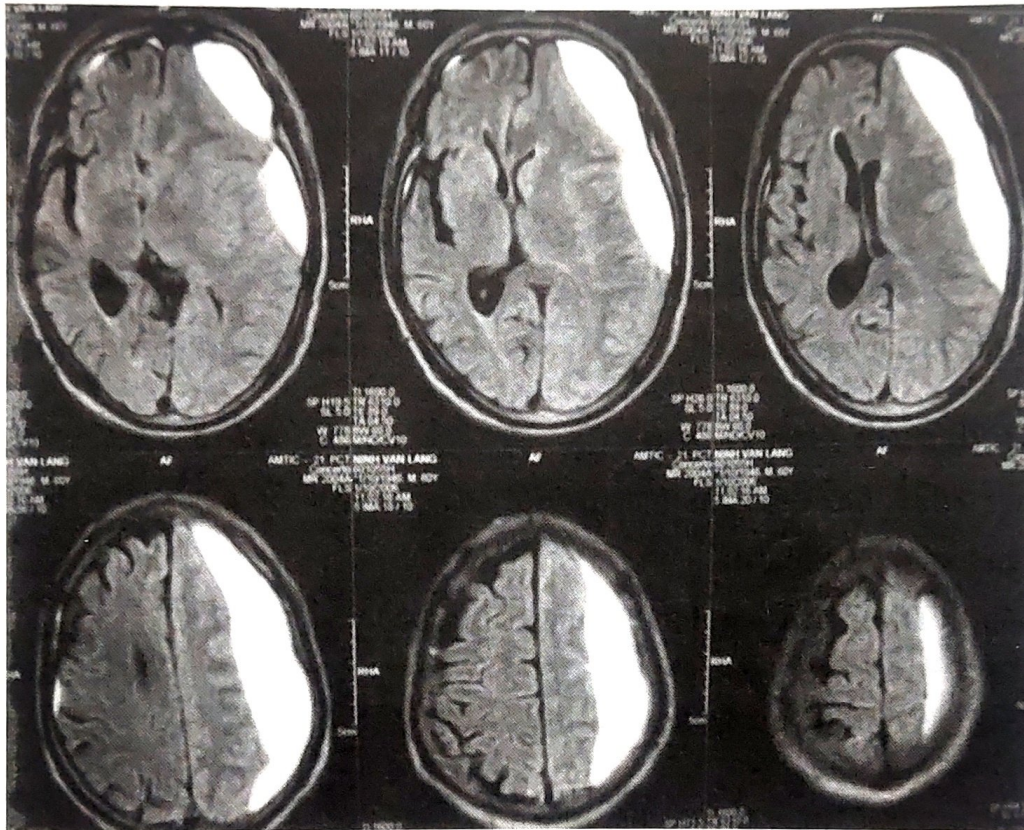


Hình 6. Máu tụ dưới màng cứng cấp tính bán cầu phải

- Cận lâm sàng (hình 5 và 6):

+ X quang sọ: Thấy đường vỡ xương hoặc lún xương cần chụp phim thẳng, tiếp tuyến, nghiêng phải và nghiêng trái, có thể có hoặc không có đường vỡ xương.

+ Chụp cắt lớp vi tính: Vùng tăng tỉ trọng, sát xương sọ, hình thấu kính một mặt lõm một mặt lồi, không bao giờ có góc nước não tủy, kèm theo dấu hiệu đè đẩy não thất và đường giữa sang bên đối diện.



Hình 7. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính trên phim cộng hưởng từ

- Thái độ xử trí:

+ Hồi sức hô hấp: Làm thông thoáng đường thở, nằm đầu cao, thở ô xy.

+ Với những trường hợp máu tụ lớn, tri giác xấu đi cần mổ lấy máu tụ, cầm máu và khâu treo màng cứng.

+ Với những trường hợp máu tụ nhỏ, bệnh nhân tỉnh táo cần điều trị triệu chứng và theo dõi tri giác.

+ Điều trị sau mổ: Sau mổ bệnh nhân nằm đầu cao 20-30⁰, cho kháng sinh, truyền huyết thanh mặn 0,9%, chống phù não bằng mannitol, lợi tiểu, theo dõi dẫn lưu, tri giác và dấu hiệu thần kinh khu trú.

2.6.3. Máu tụ trong não

- Định nghĩa: Là khối máu tụ nằm trong tổ chức não, thường kèm dập não.

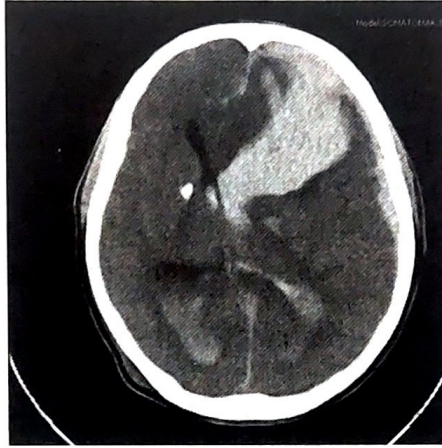
- Nguyên nhân: Tổn thương mạch máu trong tổ chức não hoặc do dập não chảy máu.

- Triệu chứng lâm sàng: Đa số các trường hợp hôn mê sau tai nạn, biểu hiện tri giác xấu dần, cần sử dụng thang điểm Glasgow để đánh giá và theo dõi tri giác.

+ Dấu hiệu thần kinh khu trú: Liệt nửa người bên đối diện, liệt từ từ và tăng dần; dẫn đồng tử cùng bên với thương tổn, dẫn từ từ tăng dần sau chấn thương, nếu dẫn ngay sau tai nạn là do tổn thương dây III, kèm theo dẫn là kém hoặc mất phản xạ ánh sáng.

+ Nếu không được điều trị kịp thời, sẽ xuất hiện các dấu hiệu thần kinh thực vật: mạch chậm dần, huyết áp tăng dần, sốt cao và rối loạn nhịp thở.

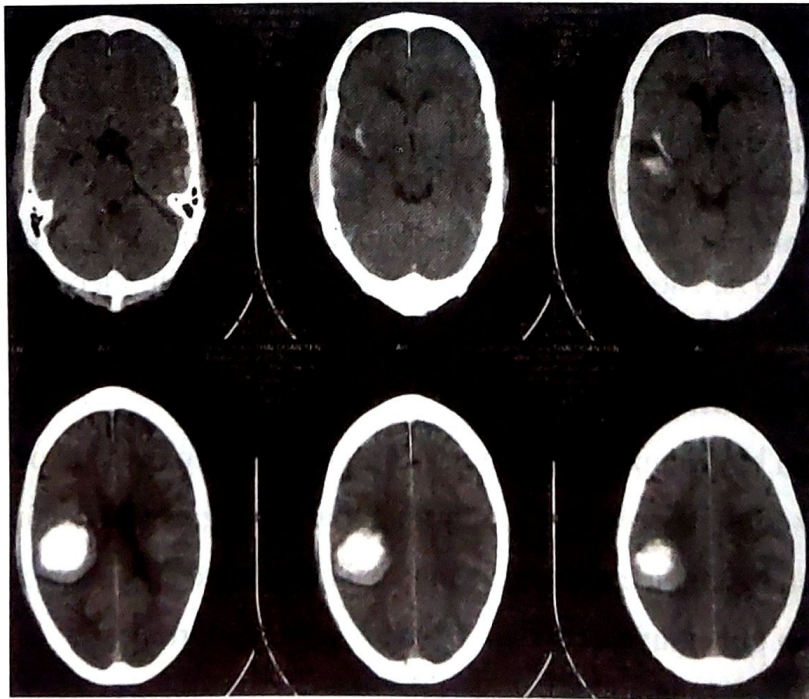
- Cận lâm sàng:



Hình 8. Máu tụ trong não trán trái kèm theo chảy máu não thất

+ X quang sọ: Thấy đường vỡ xương hoặc lún xương, cần chụp phim thẳng, tiếp tuyến, nghiêng phải và nghiêng trái, có thể có hoặc không có đường vỡ xương.

+ Chụp cắt lớp vi tính: Vùng tăng và giảm tỉ trọng hỗn hợp, kèm theo dấu hiệu phù não xung quanh đè đẩy não thất và đường giữa sang bên đối diện.



Hình 9. Máu tụ trong não thái dương đỉnh phải

- Thái độ và xử trí:

+ Hồi sức hô hấp: Làm thông thoáng đường thở, nằm đầu cao, thở ô xy.

+ Với những trường hợp máu tụ lớn, nông, vùng ít chức năng, tri giác xấu đi cần mổ lấy máu tụ, cầm máu và giải phóng chèn ép não.

+ Chỉ định mổ khi:

- Máu tụ trong não có khoảng tĩnh. Ít khi máu tụ trong não có khoảng tĩnh do dập não kèm theo, nhưng khi có khoảng tĩnh chứng tỏ máu tụ chèn ép não là chính và có giập não, cần phẫu thuật lấy máu tụ giải phóng chèn ép mới có hy vọng cứu sống bệnh nhân.

- Máu tụ trong não lớn làm tri giác xấu dần. Những khối máu tụ lớn chèn ép não làm tri giác xấu đi, nếu không mổ thường bệnh nhân tử vong nhanh chóng. Tuy nhiên chỉ nên mổ những trường hợp khối máu tụ ở nông, vùng ít chức năng. Còn những khối máu tụ ở sâu, vùng chức năng quan trọng mổ để lại di chứng rất nặng, cần giải thích rõ cho gia đình bệnh nhân. Trong vài trường hợp ở người trẻ cũng có thể phải phẫu thuật.

- Máu tụ làm giãn đồng tử tiến triển là những khối máu tụ gây tụt kẹt thủy thái dương có thể kèm theo phù não, nếu không mổ thường bệnh nhân sẽ tử vong nhanh chóng. Tuy nhiên cần cân nhắc trong trường hợp khối máu tụ ở vùng nhân xám trung ương, sẽ để lại di chứng nặng sau mổ.

- Khối máu tụ làm đẩy lệch đường giữa trên 10mm. Nếu những khối máu tụ không quá sâu cần phẫu thuật vì đè đẩy đường giữa trên 10mm là có dấu hiệu tụt kẹt qua liềm não, thường phải lấy máu tụ kết hợp với bỏ xương sọ để giải tỏa não.

- Máu tụ trong não to dần trên các phim chụp cắt lớp vì tính kiểm tra phần lớn bệnh nhân khi máu tụ to lên sẽ làm tri giác xấu dần. Tuy nhiên cũng không ít trường hợp máu tụ to lên nhưng tri giác không xấu đi mà tri giác còn tốt lên do phù não giảm đi, trong những trường hợp này phẫu thuật thường cho kết quả tốt.

+ Với những trường hợp máu tụ nhỏ, ở sâu, vùng chức năng, bệnh nhân tỉnh táo cần điều trị triệu chứng và theo dõi tri giác.

+ Điều trị sau mổ: Sau mổ bệnh nhân nằm đầu cao 20-30°, cho kháng sinh, truyền huyết thanh mận 0,9%, chống phù não bằng mannitol, lợi tiểu, theo dõi dẫn lưu, tri giác và dấu hiệu thần kinh khu trú.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày thang điểm hôn mê Glasgow và ý nghĩa của nó?

Câu 2. Hãy trình bày các loại tổn thương giải phẫu gặp trong chấn thương sọ não?

Câu 3. Trình bày triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của các loại máu tụ trong sọ?

Câu 4. Trình bày nguyên tắc điều trị các loại máu tụ trong sọ?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường. (2010). *Triệu chứng học thần kinh; Sách đào tạo bác sĩ đa khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr. 40-70.
2. Đặng Hanh Đệ. (2006). *Cấp cứu ngoại khoa thần kinh*. Nhà xuất bản Y học, tr. 24-51, 57-80.
3. Đặng Hanh Đệ. (2006) *Triệu chứng học thần kinh trung ương - Triệu chứng học ngoại khoa*. Nhà xuất bản Y học, tr. 7-24.
4. Phạm Ngọc Hoa, Lê Văn Phước. (2010) *X quang sọ, Bài giảng chẩn đoán X quang*, Nhà xuất bản Y học Đại học Quốc gia thành phố HCM, tr. 1-24.
5. Kiều Đình Hùng. (1997) *Chẩn đoán và điều trị máu tụ mạn tính do chấn thương sọ não. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội*.
6. Học viện Quân y, Bộ môn thần kinh. (2008) *Các phương pháp chẩn đoán hỗ trợ về thần kinh*. Nhà xuất bản Y học, tr. 7-22, 93-34.
7. Trần Trung Kiên. (2011) *Đánh giá kết quả đo áp lực nội sọ qua nhu mô não trong những bệnh nhân chấn thương sọ não nặng tại Bệnh viện Việt Đức năm 2011. Luận văn tốt nghiệp nội trú các bệnh viện, Đại học Y Hà Nội*.
8. Hoàng Kỳ. (2007) *Điện quang thần kinh - Bài giảng chẩn đoán hình ảnh*. Nhà xuất bản Y học, tr. 307-319.
9. Lê Xuân Trung và cộng sự. (2003) *Chấn thương và vết thương sọ não trẻ em và người trưởng thành. Bệnh học phẫu thuật thần kinh*. Nhà xuất bản Y học, tr. 90-111.
10. Kiều Đình Hùng. (2016) *Phẫu thuật thần kinh*. Nhà xuất bản Y học.

VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

Kiều Đình Hùng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các thương tổn giải phẫu của vết thương sọ não hở.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng, di chứng của vết thương sọ não.
3. Trình bày được công thức chẩn đoán vết thương sọ não.
4. Trình bày được cách sơ cứu và thái độ xử trí vết thương sọ não.

NỘI DUNG

1. MỞ ĐẦU

- Vết thương sọ não (VTSN) là vết thương làm rách da đầu, vỡ xương sọ và rách màng cứng làm cho khoang dưới nhện thông với môi trường bên ngoài. Chính vì có sự thông thương với môi trường bên ngoài nên nguy cơ chủ yếu của vết thương sọ não là nhiễm khuẩn. Ngày nay có nhiều loại kháng sinh mới, ngấm tốt qua hàng rào máu não nên vết thương sọ não không còn đáng lo ngại như trước kia.

Tuy nhiên có một số trường hợp VTSN rất đáng ngại như vết thương có lỗ vào nhỏ khi chảy máu không ra được, vết thương do máu cục bít tắc có thể hình thành khối máu tụ do chèn ép não, hoặc những vết thương sâu vào não thất gây chảy máu não thất, hay vết thương xuyên thấu não làm tổn thương nhiều tổ chức não, phù não làm bệnh nhân hôn mê, giống như chấn thương sọ não kín.

- Chẩn đoán thường không khó, dựa vào lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

- Vết thương sọ não cần được chẩn đoán sớm và xử trí đúng, kịp thời sẽ cứu sống người bệnh, hạn chế biến chứng.

- Vết thương sọ não gặp cả trong thời kỳ chiến tranh và thời bình, hiện nay tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu, do vậy cần thiết phòng ngừa tai nạn sẽ hạn chế vết thương sọ não.

2. DỊCH TỄ HỌC

- Vết thương sọ não gặp cả trong chiến tranh và thời bình, gặp ở mọi lứa tuổi, chủ yếu gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ là 4/1.

- Là nguyên nhân gây tử vong cao. Ở Hoa Kỳ, tỉ lệ tử vong do chấn thương sọ não chiếm 57 - 77% ở người trẻ; Ở Pháp, hàng năm có 57.000 người nhập viện vì chấn thương sọ não, đứng đầu trong các bệnh phải nằm viện.

- Ở Việt Nam, vết thương sọ não nằm chung trong chương chấn thương sọ não, đứng hàng đầu về tử vong trong các bệnh lý cấp cứu ngoại khoa, hiện nay vết thương sọ não chiếm 26,5% so với máu tụ trong sọ. So với chấn thương sọ não thì vết thương sọ não có tỉ lệ tử vong thấp hơn và cũng ít di chứng hơn.

3. TỖN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH

Lấy vết thương sọ não vùng bán cầu, vết thương chột làm ví dụ sẽ thấy những tổn thương từ ngoài vào trong.

- Da đầu: Vết thương sắc gọn, nham nhở, tụ máu hay dập nát tùy theo tác nhân gây ra vết thương, nếu do vật sắc thì vết thương gọn, còn vết thương do vật tù sẽ dập nát, vết thương thường không toác rộng do dưới da đầu không có cơ co kéo.

- Xương sọ: Do xương cứng, chống lại lực cản lớn nên đường vỡ xương thường lớn, tổn thương da đầu, vỡ xương có thể hình chân chim, vỡ xương có thể có làm nhiều mảnh, mảnh xương chui vào phía trong nên có thể gây rách màng cứng, gây dập não.

- Màng não: Rách rộng hay nhỏ tùy theo tác nhân gây ra, thông thường vết rách màng não nhỏ hơn đường vỡ xương.

- Tổ chức não: Dập não tùy mức độ, thường giảm dần về phía trong, dập não nhiều khi kèm theo đất cát, tóc, các dị vật như quần áo, tre nứa là nguyên nhân thuận lợi cho nhiễm khuẩn.

Vết thương do hỏa khí có thể tạo ra đường hầm từ ngoài vào trong theo đường đi của mảnh kim khí, vết thương xuyên thấu não thường gây tổn thương não nhiều làm phù não dẫn tới hôn mê, hoặc vết thương xuyên thành não thất gây chảy máu não thất...

4. CHẨN ĐOÁN

Vết thương sọ não chẩn đoán không khó, khi có vết thương da đầu cần xem có phải vết thương sọ não không để tránh bỏ sót thương tổn phía trong trước khi khâu da đầu.

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Vết thương sọ não đến sớm chưa bị nhiễm khuẩn (thường trong 6 giờ đầu)

- Toàn thân: Thường bệnh nhân tỉnh táo, huyết động ổn định ngoại trừ một vài trường hợp như dập não nhiều, máu tụ kèm theo bệnh nhân có thể hôn mê, lúc này cần đánh giá theo thang điểm Glasgow. Khi vết thương gây mất máu nhiều như vào xoang tĩnh mạch, vết thương làm đứt động mạch thái dương nông sẽ mất máu nhiều làm bệnh nhân hốt hoảng, mạnh nhanh, huyết áp tụt.

- Tại chỗ: Vết thương gây chảy máu có thể có nước não tủy lẫn máu chảy ra, qua vết thương có thể thấy tổ chức não lòi ra. Cũng có thể vết thương chảy máu đơn thuần không thấy nước não tủy hay tổ chức não lòi ra, khi cắt lọc thấy vết thương làm vỡ xương và rách màng não. Khi vết thương qua xoang hơi trán sẽ gây chảy máu mũi, nước não tủy chảy qua mũi.

- Triệu chứng thần kinh: Tùy thuộc vào vị trí của vết thương, có thể không có triệu chứng thần kinh, có thể bị liệt nửa người nếu vết thương gây tổn thương não ở vùng vận động, có thể rối loạn ngôn ngữ do vết thương vào vùng vận ngôn và giác ngôn. Có thể cứng gáy do vết thương gây chảy máu não thất.

4.1.2. Vết thương sọ não hở đến muện đã bị nhiễm khuẩn (thường sau 24 giờ)

- Toàn thân: Thường có biểu hiện viêm màng não mủ điển hình như: sốt cao dao động, li bì, cổ cứng.

- Tại chỗ: Vết thương có mủ hoặc dịch hôi chảy ra, vết thương tấy đỏ, có thể có tổ chức não đùn ra, nếu muện hơn có thể thấy giả mạc phủ lên tổ chức não lòi ra (nấm não).

- Triệu chứng thần kinh: Ngoài những triệu chứng tùy thuộc vào vị trí của vết thương như: bị liệt nửa người nếu vết thương gây tổn thương não ở vùng vận động, có thể rối loạn ngôn ngữ do vết thương vào vùng vận ngôn và giác ngôn (Broca, Wernick), thấy các triệu chứng viêm màng não như: nằm co quắp, sợ ánh sáng, cứng gáy, dấu hiệu Kernig (+).

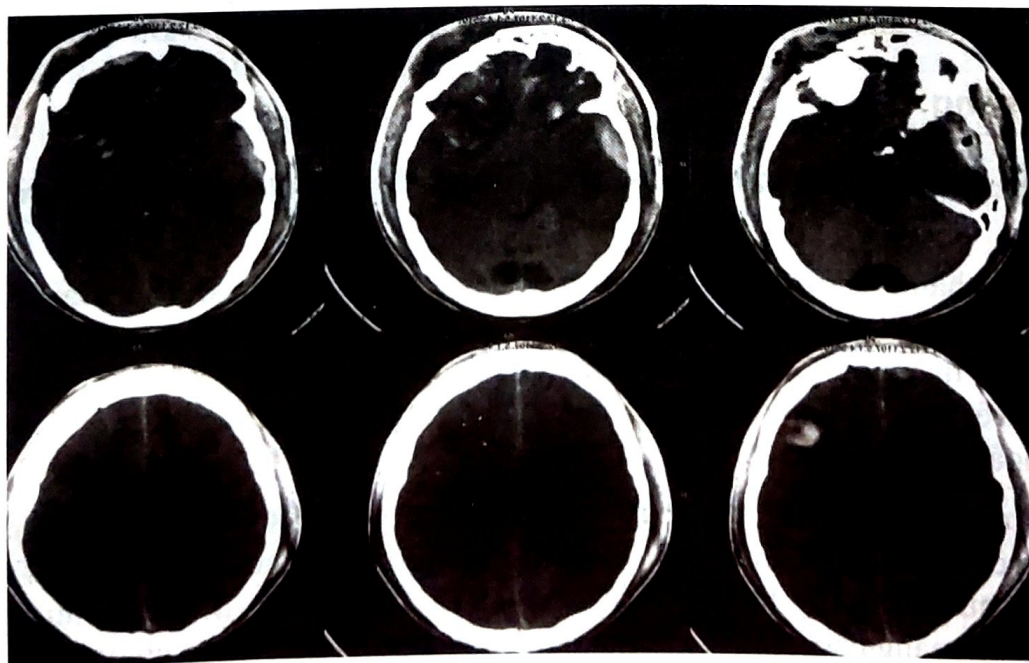
4.2. Cận lâm sàng

4.2.1. Chụp X quang thường qui

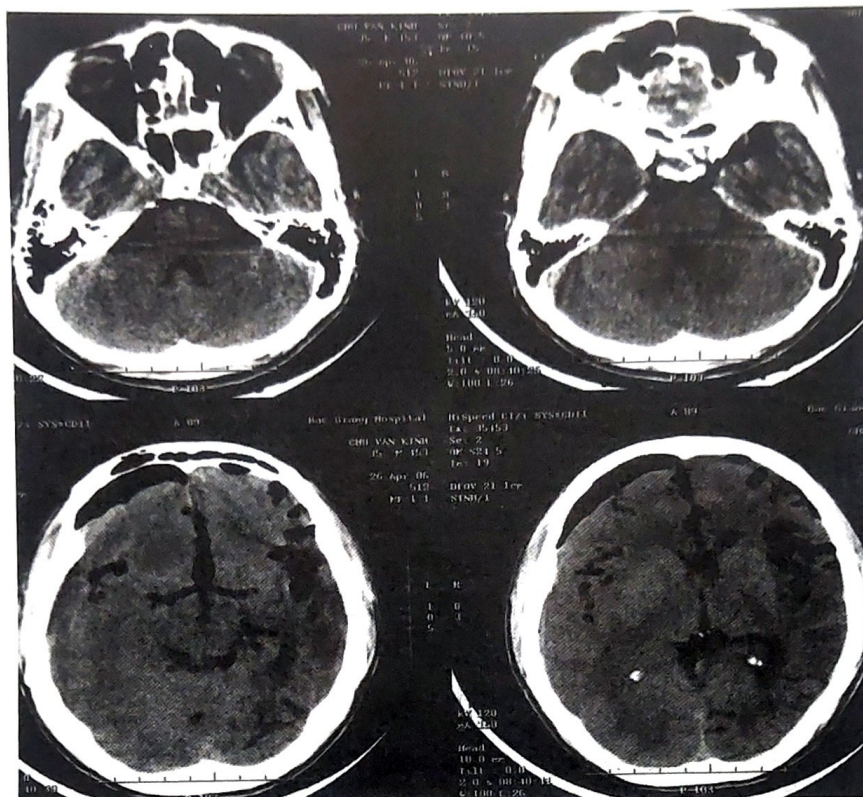
Trên phim thẳng, nghiêng, tiếp tuyến, thấy được tổng thể diện vỡ, lún xương, các mảnh xương vụn cài phía trong hay cắm sâu vào tổ chức não, dị vật cản quang (kim loại...).

4.2.2. Chụp cắt lớp vi tính (CT. Scanner)

Thấy được tổn thương như vỡ xương sọ, lún sọ, khí trong sọ, dị vật, ổ dập não, máu tụ, phù não, tình trạng bể đáy.



Hình 1. Lún sọ, dập não trán phải



Hình 2. Khí trong sọ do rò nước não tủy

4.2.3. Xét nghiệm máu

Có thể thấy dấu hiệu thiếu máu như: hồng cầu giảm, hematocrit giảm. Nếu bệnh nhân đến muộn bạch cầu tăng, máu lắng tăng, CRP tăng.

4.2.4. Xét nghiệm dịch não tủy

Chỉ chọc dò dịch não tủy khi vết thương sọ não đến muộn có triệu chứng viêm màng não sẽ thấy nước não tủy đục, áp lực tăng, xét nghiệm thấy bạch cầu đa nhân trung tính thoái hóa, đường giảm, protein tăng và cấy có thể có vi khuẩn.

4.3. Chẩn đoán

- Vết thương da đầu + tổ chức não lòi ra.
- Vết thương da đầu + dịch não tủy chảy ra.
- Vết thương da đầu + trên X quang thấy dị vật trong não.
- Vết thương da đầu + cắt lọc thấy thông thương với tổ chức não.
- Vết thương xuyên sọ có lỗ vào và lỗ ra.

4.4. Các thể lâm sàng

- Vết thương sọ não qua xoang hơi trán là vết thương vùng trán trước, phía trong hai cung mày, gây chảy máu mũi có thể có dịch não tủy chảy qua mũi. Cần chú

ý quan sát trần hố mắt, và đặc biệt là tổn thương nhãn cầu như vỡ nhãn cầu, tụ máu sau nhãn cầu.

- Vết thương xoang tĩnh mạch dọc trên, tất cả các vết thương trên đường đi của xoang tĩnh mạch dọc trên cần rất thận trọng khi mổ, và có thái độ xử trí đúng đắn khi mổ.

- Vết thương vùng hội lưu Herophile ở ụ chẩm ngoài, thường rất nặng gây chảy máu nhiều.

- Vết thương do hỏa khí, có thể là vết thương chọt hay có lỗ vào và lỗ ra.

- Vết thương sọ não do trâu húc, ngựa đá thường tổn thương não nặng, rất dễ nhiễm trùng.

5. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

5.1. Nguyên tắc

Đa số vết thương sọ não hở cần mổ cấp cứu, ngoại trừ một số trường hợp đặc biệt như rất nhiều lỗ vào nhỏ, lỗ vào qua nền sọ như từ vùng cổ, vùng cằm.

5.2. Sơ cứu

- Những việc cần làm ngay:

- + Đảm bảo đường thở thông suốt như hút đờm dãi, tránh tụt lưỡi, cổ thẳng và ngửa, nếu khó thở cần hô hấp hỗ trợ.

- + Cạo đầu, cầm máu tạm thời, rửa sạch vết thương bằng nước muối sinh lý, băng vết thương bằng băng vô khuẩn.

- + Kháng sinh toàn thân và thuốc phòng chống uốn ván như SAT, Anatoxin.

- + Chống sốc nếu có.

- + Tổ chức vận chuyển tới nơi có khả năng phẫu thuật.

- Những việc không nên làm:

- + Không thăm khám vết thương bằng dụng cụ, ngay cả dụng cụ vô khuẩn vì sẽ đưa vi khuẩn từ ngoài vào trong và gây tổn thương não lành.

- + Không lấy tổ chức não lòi ra.

- + Không cho thuốc sát khuẩn và kháng sinh trực tiếp lên vết thương.

- + Không lấy dị vật.

5.3. Điều trị thực thụ

5.3.1. Nguyên tắc: Mổ cấp cứu.

5.3.2. Các bước tiến hành

- Gây mê toàn thân, tốt nhất là gây mê nội khí quản.

- Rạch da hình chữ S, cắt lọc da đầu tiết kiệm.

- Gỡ rộng xương tới màng não lành, cầm máu xương bằng sáp ong, lấy bỏ các mảnh xương nhỏ, để lại các mảnh xương lớn còn màng xương.

Nhưng nếu bệnh nhân đến muộn cần lấy bỏ các mảnh vỡ vì nếu để lại dễ gây viêm xương.

- Màng não: Cắt lọc màng não tiết kiệm.

- Hút hoặc bơm rửa tổ chức não dập, lấy hết máu cục và dị vật trong não ở gần, những dị vật ở xa không cố lấy vì sẽ gây tổn thương não.

- Cầm máu kỹ vỏ não bằng dao điện lưỡng cực, hạn chế dùng vật liệu cầm máu vì dễ nhiễm khuẩn sau mổ.

- Đóng kín màng cứng, nếu thiếu lấy cân thái dương tạo hình, khâu treo màng cứng. Nếu vết thương đến muộn không nên đóng kín màng cứng, nhiều khi còn mở rộng.

- Đặt dẫn lưu ngoài màng cứng, rút sau 48 giờ, đóng da đầu hai lớp mũi rời.

5.3.3. Sau mổ

- Theo dõi sau mổ: tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú, dấu hiệu thần kinh thực vật, dẫn lưu, vết mổ.

- Điều trị chống phù não:

- + Đảm bảo thông khí.

- + Đầu cao 25-30⁰ và thẳng.

- + Hạn chế tình trạng kích thích.

- + Ổn định huyết động học.

- + Đảm bảo thăng bằng kiềm toan.

- + Các thuốc: mannitol, lợi tiểu.

- Kháng sinh: phối hợp, loại kháng sinh ngấm được qua hàng rào máu não, thông thường là các loại kháng sinh Cephalosporin thế hệ thứ 3 trở lên từ 2-3g/ngày, có thể phối hợp với Metronidazole 500mg, 2 lỵ/ngày.

- Nuôi dưỡng.

- Săn sóc đề phòng biến chứng do nằm lâu như loét, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm phổi.

5.3.4. Phục hồi chức năng sau mổ

- Vận động sớm, phục hồi chức năng vận động nếu bị liệt.

- Phục hồi chức năng ngôn ngữ.

6. CÁC BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG

6.1. Biến chứng

- Viêm màng não: Thường xảy ra sau 3 ngày sau mổ. Biểu hiện: sốt cao dao động, li bì, cổ cứng, chọc dò nước não tủy đục. Điều trị bằng kháng sinh toàn thân, phối hợp kháng sinh.

- Viêm xương sọ: Biểu hiện là rò mủ qua vết thương kéo dài, trên X quang có mảnh xương chết.

- Áp xe não: Biểu hiện bằng hai hội chứng là: hội chứng nhiễm trùng và hội chứng tăng áp lực nội sọ. Thường xuất hiện sau mổ 3-6 tháng, cần phẫu thuật bóc toàn bộ khối áp xe.

6.2. Di chứng

- Động kinh do sẹo vỏ não, cần điều trị bằng thuốc chống động kinh.

- Di chứng thần kinh như liệt nửa người, rối loạn ngôn ngữ, cần điều trị phục hồi chức năng.

- Rối loạn tâm thần.

- Suy nhược thần kinh như đau đầu, mất ngủ kéo dài.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của vết thương sọ não?

Câu 2. Hãy mô tả các công thức chẩn đoán vết thương sọ não?

Câu 3. Trình bày nguyên tắc sơ cứu và điều trị vết thương sọ não?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường. (2010) *Triệu chứng học thần kinh, sách đào tạo bác sĩ đa khoa*. Nhà xuất bản Y học, tr. 40-70.
2. Đặng Hanh Đệ. (2006) *Cấp cứu ngoại khoa thần kinh*. Nhà xuất bản Y học, tr. 12-23.
3. Đặng Hanh Đệ. (2006) *Triệu chứng học thần kinh trung ương - Triệu chứng học ngoại khoa*. Nhà xuất bản Y học, tr. 7-24.
4. Phạm Ngọc Hoa, Lê Văn Phước. (2010) *X quang sọ. Bài giảng chẩn đoán X quang*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia thành phố HCM, tr. 1-24.
5. Học viện Quân Y, Bộ môn thần kinh. (2008) *Các phương pháp chẩn đoán hỗ trợ về thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, tr. 7-22, 93-134.

6. Hoàng Kỳ. (2007) Điện quang thần kinh - *Bài giảng chẩn đoán hình ảnh*. Nhà xuất bản Y học, tr. 307-319.
7. Lê Xuân Trung và cộng sự. (2003) Chấn thương và vết thương sọ não trẻ em và người trưởng thành. *Bệnh học phẫu thuật thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, tr. 90-111.
8. Kiều Đình Hùng. (2016) *Phẫu thuật thần kinh*. Nhà xuất bản Y học.
9. Kiều Đình Hùng, *Kỹ thuật mổ cấp cứu sọ não*. Nhà xuất bản Y học.

CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

Nguyễn Vũ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được cơ chế chấn thương cột sống.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của chấn thương cột sống.
3. Trình bày được chẩn đoán hình ảnh trong chấn thương cột sống.
4. Trình bày được nguyên tắc điều trị chấn thương cột sống.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương cột sống (CTCS) bao gồm chấn thương cột sống cổ cao, cổ thấp, chấn thương cột sống ngực, thắt lưng và vỡ xương cùng cụt.

Chấn thương cột sống cổ cao là chấn thương của C1 và C2. 45-60% bệnh nhân bị thương tổn thần kinh và 17% bị tử vong. Chấn thương cột sống cổ cao chiếm 25% tổng số ca chấn thương cột sống cổ. Chấn thương cột sống cổ thấp là thương tổn từ C3 - C7. Thương tổn chiếm 75% chấn thương cột sống cổ nói chung. Đây là thương tổn chính gây tàn tật.

Chấn thương cột sống lưng (ngực) là loại chấn thương gặp ngày càng nhiều trong cuộc sống. Hậu quả chủ yếu của gãy cột sống ngực là liệt tủy, nói chung chiếm 15-20% số ca gãy cột sống.

2. PHÂN LOẠI THƯƠNG TỔN GIẢI PHẪU

2.1. Phân loại thương tổn giải phẫu cột sống cổ cao

2.1.1. Trật cổ - chằm

Trật cổ - chằm là thương tổn hiếm gặp và tỉ lệ tử vong cao, phần lớn chết trước khi đến viện.

2.1.2. Vỡ đốt đốt (C1)

Tỉ lệ thay đổi từ 3-13% trong tổng số chấn thương cột sống cổ. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông. Phần lớn vỡ C1 đơn độc, một số phối hợp với vỡ C2.

C1 có đặc điểm giải phẫu đặc biệt, giống như một chiếc nhẫn gồm cung trước, cung sau và hai mỏm khớp hai bên. Cung trước và cung sau mỏng, đây chính là các điểm yếu của C1, dễ vỡ khi có chấn thương mạnh (hình 1).

2.1.3. Trật C1-C2

Cơ chế gây thương tổn thường là do lực gập - xoay. Có thể trật một bên hoặc hai bên. Đôi khi có gãy mỏm nha phối hợp.

2.1.4. Gãy mỏm nha

Chiếm 5-15% tổng số chấn thương cột sống cổ. Cơ chế thường gặp là gập hoặc uốn quá mức. Gãy mỏm nha được chia làm ba độ tùy thuộc vị trí gãy:

Độ 1: Gãy qua chỏm. Đây là thương tổn vững.

Độ 2: Gãy qua eo. Thương tổn mất vững.

Độ 3: Đường gãy qua thân C2, thương tổn mất vững nhưng khả năng điều trị bảo tồn cao.

2.1.5. Gãy qua eo C2

Chiếm 12-18% chấn thương cột sống cổ. Thương tổn từ lâu được gọi là thương tổn của người bị treo cổ (Hangman's Fracture), thường do lực kéo dẫn và uốn quá mức. Thương tổn được Effendi (1981) chia 3 loại:

- Loại 1: Gãy ngang diện khớp, hay trên hoặc dưới khớp 1 chút. Di lệch < 3mm, không gập góc.
- Loại 2: Di lệch trên 3mm, gập góc tì trên C3.
- Loại 3: Di lệch và gập góc nhiều, kèm trật khớp C2-C3. Năm 1985 Levine và Edwards bổ sung thêm 1 phân loại 2a.
- Loại 2A: Gập góc nhiều nhưng không di lệch hay di lệch không đáng kể (trượt ít).

2.1.6. Gãy thân C2

Theo phân loại của Fujumura và cs, vỡ thân C2 được chia làm 4 loại:

- Loại 1: Vỡ kiểu giọt lệ.
- Loại 2: Vỡ thân có đường vỡ hướng ngang nằm ở phần thấp của khớp.
- Loại 3: Vỡ nhiều mảnh thân C2.
- Loại 4: Đường vỡ thân đứng ngang hoặc đứng dọc.

2.2. Phân loại thương tổn giải phẫu cột sống cổ thấp

Có nhiều cách phân loại thương tổn, trong đó cách phân loại theo cơ chế thương tổn, hướng lực gây tổn thương cho thấy có giá trị trong thực hành lâm sàng.

2.2.1. Thương tổn gập: Các thương tổn xương thường gặp là:

- Trật khớp: Di lệch ra trước và trật khớp hai bên. Đây là thương tổn phần mềm khá nặng (dây chằng, đĩa đệm), gây thương tổn tùy hoàn toàn hay không hoàn toàn. Cột sống mất vững

- Lún hình chêm: Thương tổn vững, ít gây liệt.

- Vỡ hình giọt nước mắt: Vỡ xương góc trước dưới của thân sống do đốt sống trên gập mạnh đè vào mặt trên đốt sống dưới liền kề.

Vỡ hình giọt nước mắt là hình ảnh gián tiếp của thương tổn dây chằng rất nặng, thường gây thương tổn tủy hoàn toàn.

2.2.2. Thương tổn gập - xoay

Trật khớp một bên hoặc hai bên, rách dây chằng dọc sau. Nếu có thương tổn tủy thì thường là tổn thương do chèn ép và kéo giãn do lực tác động trực tiếp và thiếu máu. Đây là tổn thương mất vững.

2.2.3. Thương tổn uốn

- Trật ra sau

- Vỡ mảnh sống

- Vỡ + trật

2.3. Phân loại chấn thương cột sống ngực - thắt lưng của Denis

Denis chia CTCS làm hai nhóm:

- Nhóm thương tổn nhỏ:

+ Gãy mòm ngang.

+ Gãy mòm khớp.

+ Gãy mòm gai.

- Nhóm thương tổn lớn:

+ Loại 1: Gãy lún

Loại này chỉ gãy thân đốt sống ở cột trước, gãy vững, nếu thành trước lún > 50% sẽ ảnh hưởng tới các dây chằng phía sau cột sống, tổn thương chia làm bốn loại.

+ Loại 2: Gãy nhiều mảnh

Tổn thương cột trước và cột giữa, cũng có thể lan rộng ra các cấu trúc phía sau. Cơ chế của loại này là dồn dọc trục, có thể phối hợp với lực cúi hoặc xoay. Khoảng một nửa số bệnh nhân của Denis thuộc loại này có thương tổn thần kinh. Gãy nhiều mảnh là loại gãy mất vững cấp tính. Đây là loại gãy không vững, có 5 loại nhỏ.

+ Loại 3: Gãy “đai bảo hiểm”. Gãy không vững.

Tổn thương đi qua cột giữa, cột sau và có thể có cột trước (gãy lún). Có hai kiểu đường gãy:

• Đường gãy nằm trong một mức (trên mặt phẳng đứng dọc)

. Qua phần xương: gãy kiểu Chance. (A)

. Qua đĩa gian đốt và dây chằng (qua phần mềm). (B)

- Đường gãy nằm trong hai mức (trên mặt phẳng đứng dọc).

- . Cột giữa vỡ qua phần xương (C).

- . Cột giữa vỡ qua phần mềm (D)

+ Loại 4: Gãy trật (Dislocation Fracture)

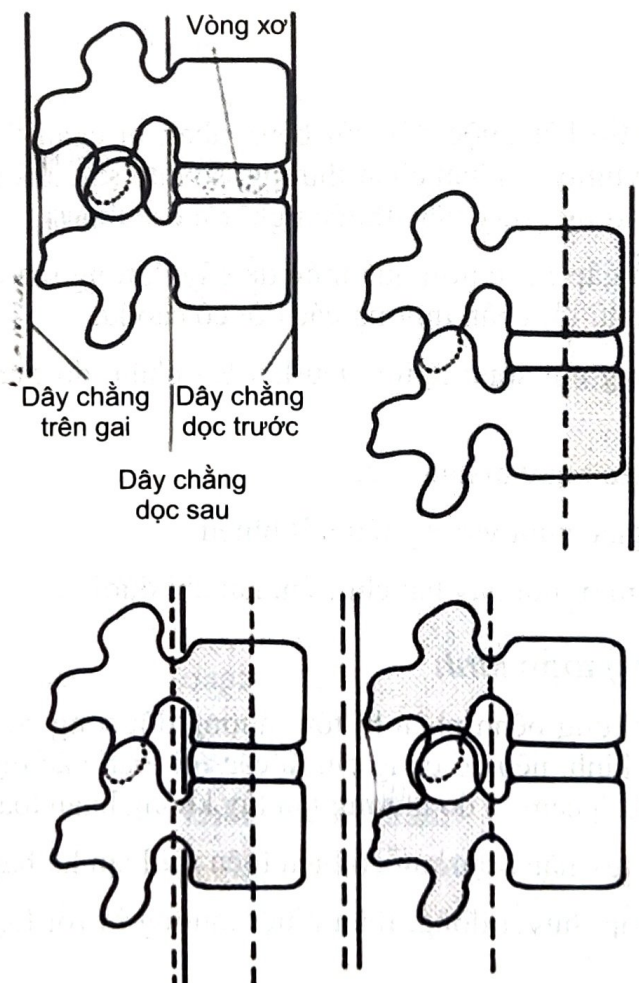
Tổn thương cả ba cột thường xảy ra do phối hợp nhiều cơ chế (dồn dọc trục, cúi căng, xoay vặn hoặc cắt). Mỗi lực tác động gây ra một kiểu khác nhau. Loại gãy này gây nên những thương tổn thần kinh nặng nề và mất vững cấp trầm trọng.

Phân loại của Denis và McAfee có từ năm 1983 nhưng vẫn còn được áp dụng rộng rãi. Sau này đã có những phân loại khác được áp dụng như: AO (1994), TLICS (2005) và gần đây nhất là năm 2013 với phân loại của AO kết hợp với TLICS.

2.4. Phân loại theo tình trạng mất vững

Dựa theo thuyết ba trục của Denis:

- Trục trước: 1/3 trước thân đốt sống, đĩa đệm và dây chằng dọc trước.



Hình 1. Các trục của Denis khi xác định tình trạng mất vững

- Trục giữa: 1/3 sau thân đốt sống, đĩa đệm, dây chằng dọc sau, chân cuống và cung sau.

- Trục sau: Gai sau, gai ngang và dây chằng trên gai.

Các thương tổn được coi là mất vững khi có thương tổn các thành phần của trục giữa hoặc tổn thương hai trên ba trục của cột sống.

3. CHẨN ĐOÁN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Đánh giá tình trạng toàn thân

- Có thể có tình trạng suy hô hấp do liệt cơ hô hấp trong chấn thương cột sống cổ, liệt các cơ liên sườn khi chấn thương cột sống lưng, tràn máu tràn khí màng phổi kèm theo: biểu hiện thở nhanh, nông, cánh mũi phập phồng, các cơ liên sườn không di động.

- Có thể có sốc gặp trong đa chấn thương.

- Đánh giá tình trạng toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ, các thương tổn phối hợp...

3.1.2. Hỏi bệnh

Ngoài các thông tin bắt buộc đối với bệnh nhân bị chấn thương nói chung như thời gian, hoàn cảnh và nguyên nhân chấn thương, sơ cứu sau chấn thương, cơ chế chấn thương có vai trò quan trọng gợi ý thầy thuốc nghĩ tới các thương tổn giải phẫu.

Các tư thế làm cổ gập hoặc uốn quá mức dễ gây thương tổn cột sống cổ nhất. Các dấu hiệu cơ năng làm nghĩ tới chấn thương các đốt cổ cao là:

- Đau cổ, đau vùng cột sống ngực, đau lan lên cằm do thương tổn rễ thần kinh C1 và C2.

- Cứng cổ, động tác xoay bị hạn chế.

- Một số có cảm giác nuốt vướng nếu trật nhiều.

- Tê bì hoặc dị cảm ở một hay hai chi trên, hai chi dưới...

3.1.3. Khám lâm sàng thần kinh

- Thông thường những bệnh nhân bị tổn thương đốt sống cổ cao đến được viện ít khi có tổn thương thần kinh, nếu có cũng chỉ là các rối loạn vận động không hoàn toàn, rối loạn cảm giác (Tê bì, dị cảm...) do thương tổn tủy không hoàn toàn hay tổn thương rễ.

- Nếu thương tổn tủy nặng thường có biểu hiện rối loạn hô hấp và liệt tứ chi.

- Tình trạng hô hấp, huyết động, thân nhiệt thường bị rối loạn do thương tổn tủy hoàn toàn.

Khám cột sống:

- Cần khám bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa trên ván cứng.

- Cởi quần áo để quan sát được các gai sống.

- Bệnh nhân nằm sấp: Quan sát vị trí sưng nề, xây xát, bầm tím vùng lưng - thắt lưng, cơ nổi hẳn hai bên vị trí chấn thương. Ấn ở mấu gai hay gõ dọc theo mấu gai tìm điểm đau chói.

- Bệnh nhân nằm ngửa: Luồn tay để nắn các móm gai, tìm chỗ hẫng, điểm đau chói, thấy các cơ cạnh cột sống co cứng.

- Bụng trương do liệt ruột.

Khám vận động:

Đánh giá tình trạng vận động theo thang điểm từ 0 đến 5 điểm, nếu có liệt thì xác định liệt cứng hay mềm, phản xạ gân xương.

- Thang điểm vận động:

0 điểm: Không vận động

1 điểm: Có thấy co cơ

2 điểm: Co cơ không có trọng lực

3 điểm: Vận động có trọng lực

4 điểm: Vận động chống lại đối trọng

5 điểm: Vận động bình thường

- Khám phản xạ gân xương: Tăng phản xạ gân xương khi liệt cứng và giảm phản xạ gân xương khi liệt mềm.

Khám cảm giác:

- Phải xác định được ranh giới giữa vùng rối loạn cảm giác với vùng cảm giác bình thường để biết vị trí thương tổn.

- Khám cảm giác: Phải xác định được ranh giới giữa vùng rối loạn cảm giác với vùng cảm giác bình thường để biết vị trí thương tổn.

Khám đánh giá tình trạng cơ tròn:

Đại tiểu tiện không tự chủ hoặc bí đại tiểu tiện, phản xạ cơ thắt hậu môn, dấu hiệu cương cứng dương vật liên tục (Priapisme).

3.1.4. Phân loại tổn thương tủy sống

Tổn thương hoàn toàn và không hoàn toàn:

Dựa vào lâm sàng tổn thương tủy sống hoàn toàn khi bệnh nhân mất hoàn toàn chức năng vận động, cảm giác và phản xạ dưới tổn thương sau khi chấm dứt giai đoạn choáng tủy; độ nặng của tổn thương tủy sống hoàn toàn tỉ lệ nghịch với vị trí giải phẫu.

Đánh giá dựa vào thang điểm Frankel và Hiệp hội chấn thương cột sống Hoa Kỳ = ASIA (American Spinal Injury Association Scale).

Phân loại theo ASIA

Loại	Mô tả
A	Hoàn toàn: Mất hoàn toàn cảm giác hay vận động ở đoạn S4-S5.
B	Không hoàn toàn: Còn cảm giác nhưng không có vận động dưới tổn thương (bao gồm đoạn S4-S5).
C	Không hoàn toàn: Còn vận động dưới nơi tổn thương (trên 50% các cơ chính dưới thương tổn < 3 điểm).
D	Không hoàn toàn: Còn vận động dưới tổn thương (trên 50% các cơ chính có sức cơ ≥ 3 điểm).
E	Bình thường: Cảm giác và vận động bình thường.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. X quang qui ước

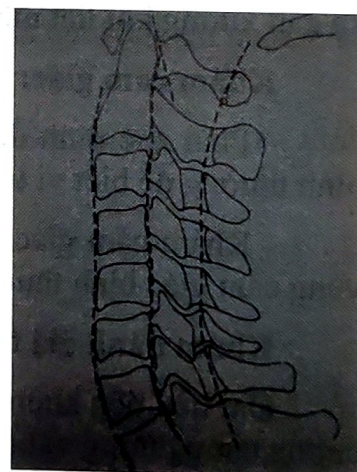
Nguyên tắc:

- Nếu chụp tốt, đúng nguyên tắc thì 80-90% thấy được thương tổn bằng chụp X quang qui ước.
- Chụp phim thẳng, nghiêng và chéo 3/4 để tìm thương tổn xương.
- Phim chụp phải thấy được các đốt sống cổ từ C1-D1, ngực từ D1- L2, thắt lưng từ D11-S2.

Các yếu tố cần nhận định là:

- Đường cong sinh lý và sự liên tục của cột sống.
- Trạng thái nguyên vẹn của các đốt sống.
- Khoảng cách giữa các đốt sống và các khớp.
- Chiều dày phần mềm trước cột sống.

Hình ảnh mô tả ba trục cần phân tích kỹ khi đọc thương tổn để tránh bỏ sót. Trục A: Phần mềm trước cột sống và bờ trước thân đốt sống; Trục B: Sự liên tục của bờ sau thân đốt sống; Trục C: Các thành phần sau ống tủy (mảnh sống, cung sau, gai sau).



Hình 2. Các trục cơ bản khi đọc phim

3.2.2. Chụp cắt lớp cột sống

- Vị trí chỉ định chụp cắt lớp được xác định trên lâm sàng (ranh giới vùng rối loạn cảm giác với vùng bình thường) và trên hình ảnh nghi ngờ của X quang qui ước.
- Cho phép phân tích chi tiết thương tổn xương để xác định tình trạng mất vững; hình ảnh chèn ép ống tủy do các mảnh xương và đĩa đệm.



Hình 3. Tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính

3.2.3. Chụp cộng hưởng từ

Được chỉ định khi trên lâm sàng có thương tổn thần kinh, hay nghi ngờ thương tổn dây chằng liên gai - gian gai hay thương tổn đĩa đệm. Đây là phương pháp rất tốt để phát hiện thương tổn tủy như phù tủy, máu tụ gây chèn ép tủy, đọng dập tủy...



Hình 4. Tổn thương trên phim cộng hưởng từ

4. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị:

- Nắn cố định thương tổn xương.
- Phòng biến chứng tổn thương tủy.
- Phục hồi chức năng.
- Tránh tổn thương tủy thứ phát.

4.1. Sơ cứu

- Bất động cột sống: Bất động cột sống cổ là bắt buộc với tất cả các bệnh nhân nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ, nhất là với bệnh nhân hôn mê do chấn thương sọ não, chỉ được phép bỏ bất động sau khi đã chắc chắn loại trừ thương tổn bằng X quang qui ước. Tốt nhất là bất động bằng nẹp cổ, tư thế cổ ngửa, hơi ưỡn. Những nơi không có điều kiện, có thể bất động cổ bằng hai túi cát hai bên cổ để chống xoay trong khi vận chuyển.

Bất động cột sống ngực - thắt lưng: Nằm ngửa trên nền cứng hoặc nằm sấp trên vông mềm.

- Kiểm soát đường hô hấp trên, dưới, dẫn lưu nếu có tràn máu tràn khí màng phổi.

- Hồi sức: Kiểm soát huyết động, đảm bảo tưới máu tủy, duy trì huyết áp 110-140 mmHg

- Giảm đau.

- Phát hiện các tổn thương khác kèm theo.

- Đặt sonde dạ dày, sonde tiểu.

- Chuyển ngay đến các cơ sở chuyên khoa.

4.2. Điều trị thương tổn thứ phát và tái tạo thần kinh

- Thuốc: Methylprednisolon (Solumedrol)

- Thời gian sử dụng: 8 giờ đầu sau chấn thương.

- Cách dùng: Truyền tĩnh mạch 30mg/kg/15 phút đầu. Nhắc lại liều này sau 45 phút. 23 giờ tiếp theo: Truyền tĩnh mạch 5mg/kg/giờ.

Solumedrol không có tác dụng với vết thương tủy, chấn thương kín vùng đuôi ngựa.

4.3. Điều trị nội khoa

Chỉ định trong những trường hợp gãy vững và không có chèn ép thần kinh.

- Nguyên tắc điều trị:

+ Áo nẹp cột sống 4-6 tuần: Khi có thương tổn xương hoặc dây chằng nhưng không gây mất vững.

+ Giảm đau, giãn cơ.

+ Chống phù nề.

- Nẹp cổ, áo nẹp cột sống thắt lưng: Áp dụng cho những thương tổn vững, hoặc mất vững trong khi chờ mổ hoặc sau mổ: Gãy mỏm nha độ 1, độ 3; Vỡ eo C2 độ 1, chấn thương cột sống ngực thắt lưng còn vững.

- Kéo liên tục: Thường áp dụng để kéo nắn trước mổ đối với các thương tổn cũ, khó nắn trong mổ hoặc thương tổn không mổ được. Nhược điểm của phương pháp là bệnh nhân phải nằm bất động lâu, dễ gây các biến chứng do nằm lâu.

- Halo-vest: Chỉ định giống phương pháp kéo liên tục, ưu điểm là bệnh nhân được ngồi dậy sớm hơn, thuận tiện cho chăm sóc.

Kỹ thuật: Đầu bệnh nhân được gắn vào một vòng kim loại (halo) bằng 4 vít (2 vít ở trán và 2 vít ở cằm). Vòng kim loại này được kết nối với một áo chỉnh hình (có thể thay bằng bột nhẹ) đã được cố định vào phần ngực và bụng, qua hệ thống thanh trượt. Hàng ngày, công việc nắn và kéo được thực hiện qua hệ thống thanh trượt này.

4.4. Phẫu thuật

Mục đích: Nhìn chung, phẫu thuật các thương tổn cột sống ngực nhằm hạn chế các hậu quả của thương tổn tiền phát và phòng các thương tổn thứ phát của tủy, làm vững cột sống tạo điều kiện cho săn sóc và phục hồi chức năng.

Chỉ định mổ:

- Mất vững cột sống (dựa vào thuyết ba trục của Denis): Tổn thương trục giữa hoặc hai trên ba trục của cột sống thắt lưng.

- Chèn ép ống sống: Chèn ép từ phía trước hoặc phía sau gây ra các biểu hiện chèn ép thần kinh.

Kỹ thuật:

- Cố định cột sống lồi trước:

+ Vít qua khớp C1C2.

+ Lấy đĩa đệm, thân đốt sống cổ, ghép xương (cánh chậu, xương mác, xương nhân tạo) và cố định cột sống.

- Cố định cột sống lồi sau:

+ Nẹp vít cổ cằm.

+ Buộc vòng cung sau C1C2.

+ Vít qua khớp C1C2.

+ Cố định cột sống C1C2 kỹ thuật harms.

+ Nẹp vít cột sống ngực - thắt lưng lồi sau, có/không mở cung sau giải ép thần kinh.

- Cố định cột sống lồi bên:

5. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ

5.1. Trong 24 giờ đầu

- Chăm sóc thường qui giống như sau phẫu thuật thông thường (gây mê nội khí quản, tủy sống, huyết động, dẫn lưu): toàn trạng, tri giác, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở...

- Theo dõi chảy máu: Thường xảy ra trong 24 giờ đầu sau mổ.

- Tại chỗ vết mổ: Băng vết mổ, chân chi, dẫn lưu.

- Biểu hiện: Vết mổ sưng nề căng, dẫn lưu máu ra nhiều hoặc chảy qua vết mổ máu đông số lượng nhiều.

- Thuốc điều trị:

+ Methyl prednisolone (Solumédrol)

+ Kháng sinh.

5.2. Sau 24 giờ

- Theo dõi huyết động.

- Ngồi dậy sớm (5-7 ngày sau mổ), vỗ rung thường xuyên.

- Đặt ống thông tiểu: Thay sonde tránh nhiễm khuẩn tiết niệu và kẹp ống thông ngắt quãng để tập phản xạ, tránh hội chứng bàng quang bé.

- Phục hồi chức năng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày các cơ chế chấn thương thường gặp trong chấn thương cột sống?

Câu 2. Trình bày các thương tổn giải phẫu thường gặp trong chấn thương cột sống?

Câu 3. Nguyên tắc sơ cứu và điều trị nội khoa trong chấn thương cột sống?

Câu 4. Chỉ định mổ và các kỹ thuật mổ thường áp dụng trong chấn thương cột sống?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Kim Trung (2013), “Chấn thương cột sống lưng - thắt lưng”, *Phẫu thuật thần kinh*, tr. 551-560.
2. Francis Denis, M. D., (1983), “The Three Column Spine and Its Significance in the Classification of Acute Thoracolumbar Spinal Injuries”, *Spine*, vol 8, pp 817-831.
3. Vial, M., et al. (2002). Thoracic pedicle screw instrumentation using the “Funnel Technique”: part 2. Clinical experience. *Journal of spinal disorders & techniques*. 15(6): p. 450-453
4. Ni, W.-F., et al. (2010). Percutaneous pedicle screw fixation for neurologic intact thoracolumbar burst fractures. *Journal of spinal disorders & techniques*. 23(8): p. 530-537.
5. McCormack, T., E. Karaikovic, and R.W. Gaines. (1994). The load sharing classification of spine fractures. *Spine*. 19(15): p. 1741-1744
6. Jeffrey S.F, Jerome M.C, Simpson J.M (2000). *Surgery of spine trauma*. Lippincott Williams and Wilkins. p.269-294
7. Vaccaro A.R, Albert T.J (2003). *Spine surgery*. Thieme Georg Verlag

LỒNG RUỘT CẤP TÍNH Ở TRẺ CÒN BÚ

Vũ Hồng Tuấn, Nguyễn Việt Hoa, Hoàng Văn Hùng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các yếu tố dịch tễ học lồng ruột cấp tính.
2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của lồng ruột cấp tính.
3. Trình bày được chỉ định và nguyên tắc điều trị lồng ruột cấp tính.

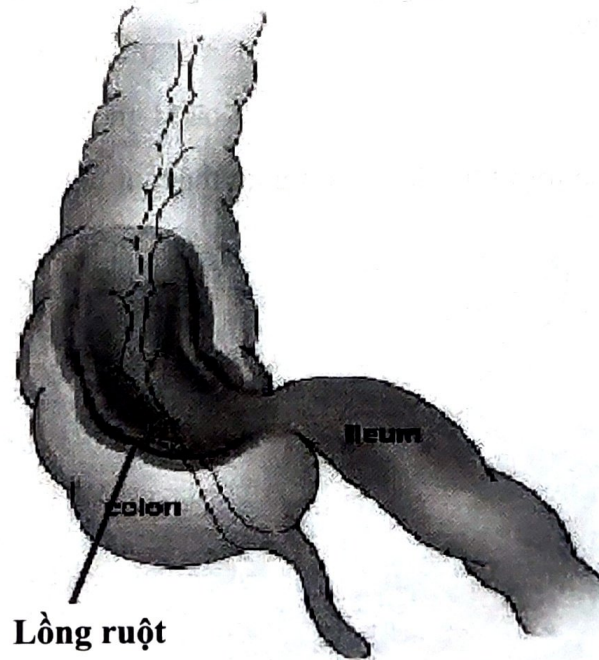
NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Lồng ruột là hiện tượng đoạn ruột chui vào lòng của đoạn ruột kế cận, thường là lồng ruột theo chiều nhu động, ít gặp thể bệnh đoạn ruột dưới lồng vào đoạn trên.

Tùy theo diễn biến chia làm ba loại: cấp, bán cấp, mạn tính.

Lồng ruột ở trẻ còn bú là lồng ruột cấp tính, là một cấp cứu ngoại khoa cần được phát hiện và xử trí sớm, tránh nguy cơ hoại tử ruột, có thể dẫn đến tử vong.



Hình 1. Hình ảnh lồng hồi - manh tràng

1.1. Dịch tễ học

- Tỷ lệ mắc bệnh: 1,57 - 4/1000.
- Tuổi: Gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 4 - 8 tháng.

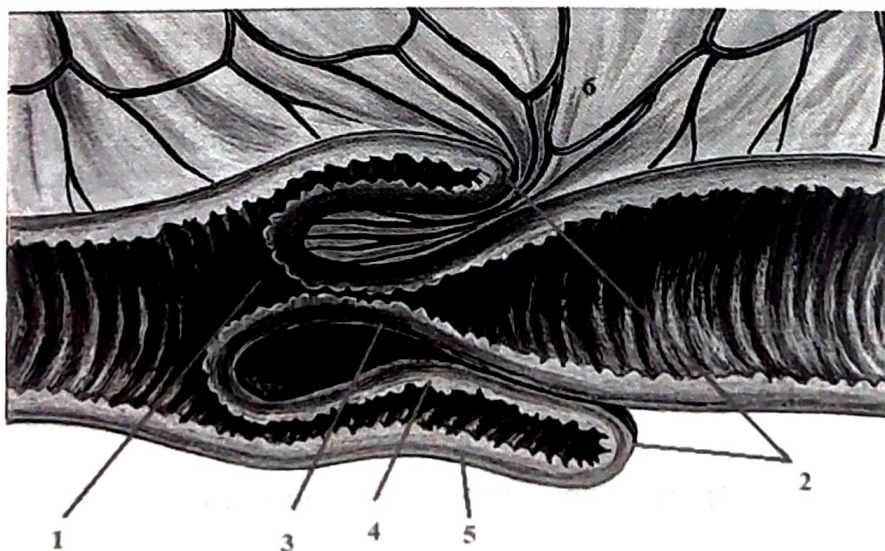
- Giới: nam/nữ = 3/2 → 2/1.
- Thể trạng và chế độ ăn: Hay gặp ở trẻ bú bầm, bú sữa mẹ.
- Thời tiết: Hay gặp nhiều bệnh nhân vào mùa đông xuân.
- Yếu tố bệnh lý: lồng ruột xuất hiện sau ỉa chảy, viêm nhiễm đường hô hấp.

1.2. Nguyên nhân

- Nguyên nhân cụ thể: Thường gặp ở trẻ lớn, tỷ lệ 2-8%.
- + Túi thừa Meckel là nguyên nhân hay gặp.
- + Polype hồi tràng, manh tràng.
- + Các khối u ác tính, u máu trong lòng ruột.
- + Ruột đôi ở góc hồi manh tràng.
- + Nhân tụ lạc chỗ.
- Nguyên nhân không rõ ràng chiếm hơn 90%. Có hai giả thuyết chính về bệnh:
 - + Thuyết siêu vi trùng: Siêu vi trùng → viêm hạch mạc treo → rối loạn các phản xạ thần kinh thực vật → thay đổi nhu động ruột → lồng ruột cấp.
 - + Thuyết giải phẫu: Từ 4-12 tháng: manh tràng phát triển to nhanh hơn nhiều so với hồi tràng → khác nhau về nhu động giữa hồi tràng và manh tràng → lồng ruột hay gặp ở vùng hồi - manh tràng.

1.3. Giải phẫu bệnh lý

1.3.1. Khối lồng: Cắt dọc một khối lồng đơn giản thấy:



Hình 2. Hình ảnh cắt dọc khối lồng ruột

1. Đầu khối lồng 2. Cổ khối lồng 3. Lớp trong 4. Lớp giữa
5. Lớp ngoài 6. Mạc treo ruột

- + 3 lớp: ngoài, giữa, trong.
- + 1 đầu: là khởi điểm của khối lồng.
- + 1 cổ: nối tiếp giáp giữa lớp giữa và lớp trong.
- + Mạc treo nuôi dưỡng: kết giữa lớp giữa và lớp trong. Cổ khối lồng càng hẹp, mạch nuôi dưỡng càng bị cản trở → hoại tử ruột.
- Hiêm gặp: 1 khối lồng phức tạp: 2 đầu, 2 cổ, 5 lớp.

1.3.2. Chiều lồng

- Đa số đoạn ruột trên chui vào đoạn ruột dưới theo chiều nhu động.
- Hiêm gặp lồng ruột giật lùi do giun đũa: đoạn ruột trên do nhu động quá mạnh ôm phủ đoạn ruột dưới.

1.3.3. Thương tổn giải phẫu bệnh lý

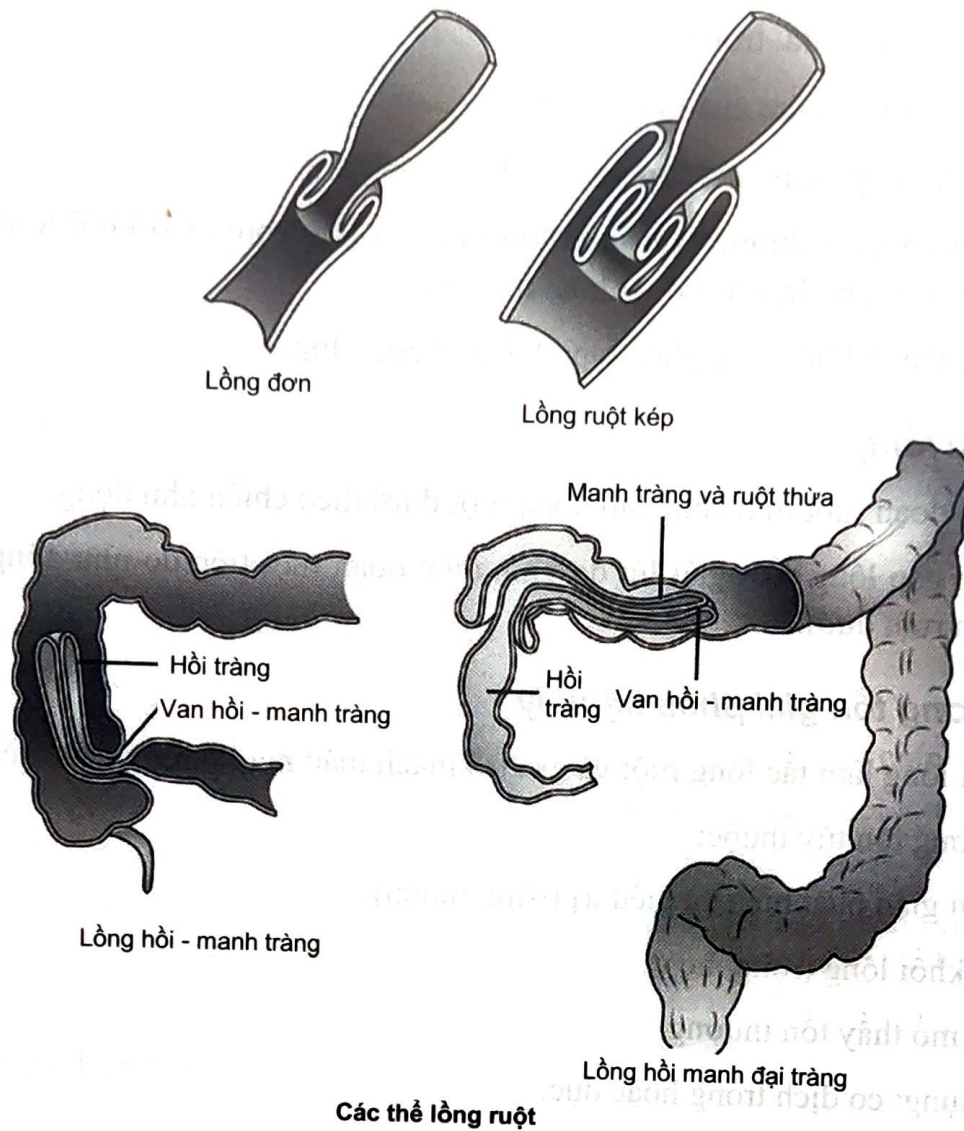
- Khối lồng làm tắc lòng ruột và cản trở mạch máu nuôi dưỡng đoạn ruột lồng.
- Thương tổn tùy thuộc:
 - + Thời gian phát hiện và điều trị (sớm, muộn).
 - + Cổ khối lồng (rộng, hẹp).
- Khi mổ thấy tổn thương:
 - + Ổ bụng: có dịch trong hoặc đục.
 - + Ruột trên chỗ lồng: giãn chứa hơi, dịch.
 - + Mạc treo ruột: nhiều hạch viêm, phù dày hay lấm chấm xuất huyết.
 - + Khối lồng: phù nề, tím hay hoại tử và thủng.

1.3.4. Xếp loại lồng ruột (theo vị trí khối lồng): Có ba loại:

- Lồng ruột non: hiêm gặp, khó chẩn đoán.
- Lồng ruột già: ít gặp.
- Lồng ruột non với ruột già: hay gặp nhất (90 - 95%).

Trên thực tế hay gặp theo thứ tự:

- + Lồng ruột hồi - manh tràng.
- + Lồng ruột hồi - đại tràng.
- + Lồng ruột manh - đại tràng.



Các thể lồng ruột

Hình 3. Các thể lồng ruột

2. CHẨN ĐOÁN LỒNG RUỘT CẤP

2.1. Triệu chứng lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng sớm

Triệu chứng cơ năng: Trẻ bụ bẩm đột nhiên:

- Đau bụng cơn: đột ngột, dữ dội. Biểu hiện: bệnh nhân uốn người, khóc thét từng cơn, mỗi cơn kéo dài 3-10 phút. Sau cơn đau bệnh nhân mệt ngủ thiếp đi. Khi thức dậy trẻ có thể bú một ít rồi lại lên cơn đau tiếp theo, thời gian giữa các cơn đau khoảng từ 15 tới 30 phút.

- Nôn: Thường xuất hiện sau cơn đau đầu tiên, chất nôn là sữa hoặc thức ăn vừa ăn vào. Nếu thời gian bị lồng ruột đã kéo dài, bệnh nhân có thể nôn ra dịch mật.

- Ỉa ra máu: Trung bình 6-8 giờ sau cơn khóc đầu tiên có thể phân lẫn máu hoặc có chất nhầy lẫn máu. Ỉa máu sớm thể hiện lồng chặt,

Triệu chứng toàn thân: Ít thay đổi (không sốt, chưa có dấu hiệu mất nước).

Triệu chứng thực thể:

- Khối lồng: Là dấu hiệu đặc hiệu nhất, sờ thấy khối lồng hình quai ruột nằm theo khung đại tràng (ở dưới bờ sườn phải hoặc ngang trên rốn hoặc sang tới dưới bờ sườn trái, hố chậu trái), ấn vào khối lồng thường bệnh nhân đau. Để tìm được khối lồng, phải khám nhẹ nhàng khi bệnh nhân nằm yên, ngoài cơn đau.

- Hố chậu phải rỗng: Chỉ thấy khi bệnh nhân đến sớm và ít có giá trị.

- Thăm trực tràng: Có thể máu theo tay, bóng trực tràng rỗng, có thể thấy đầu khối lồng.

2.1.2. Triệu chứng muộn

Là một bệnh cảnh tắc ruột rõ hoặc viêm phúc mạc có ỉa máu.

Triệu chứng cơ năng:

- Cơn khóc kéo dài nhưng ít dữ dội hơn.

- Nôn ra nước mật, nước phân.

- Ỉa máu nâu đen nhiều lần.

Triệu chứng toàn thân: Dấu hiệu mất nước, nhiễm trùng, nhiễm độc:

- Môi khô, mắt trũng.

- Sốt cao, lơ lơ, tím tái...

Triệu chứng thực thể:

- Bụng trướng, khó sờ được khối lồng. Khám có thể thấy dấu hiệu quai ruột nổi, rắn bờ. Trong trường hợp viêm phúc mạc có thể thấy dấu hiệu cảm ứng phúc mạc.

- Thăm trực tràng: Có máu nâu đen, có thể sờ được đầu khối lồng.

2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

2.2.1. X quang bụng không chuẩn bị

Ít có giá trị chẩn đoán, có vai trò trong phát hiện các biến chứng lồng ruột.

- Hình khối mờ hạ sườn phải.

- Không có hơi ở manh tràng.

- Mức nước - hơi.

- Liềm hơi (khi khối lồng hoại tử thủng).

2.2.2. Chụp X quang đại tràng

Các hình ảnh của lồng ruột thường gặp:

+ Hình đáy chén.

+ Hình còng cua.

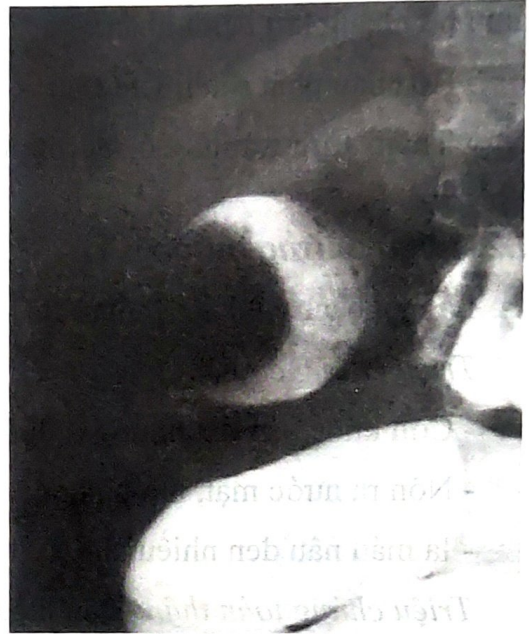
+ Hình cắt cụt.

Bơm hơi hay thụt baryt nhằm hai mục đích: chẩn đoán và điều trị (tháo lồng).

Hiện nay ít sử dụng thụt baryt.



Hình 4. X quang bụng không chuẩn bị



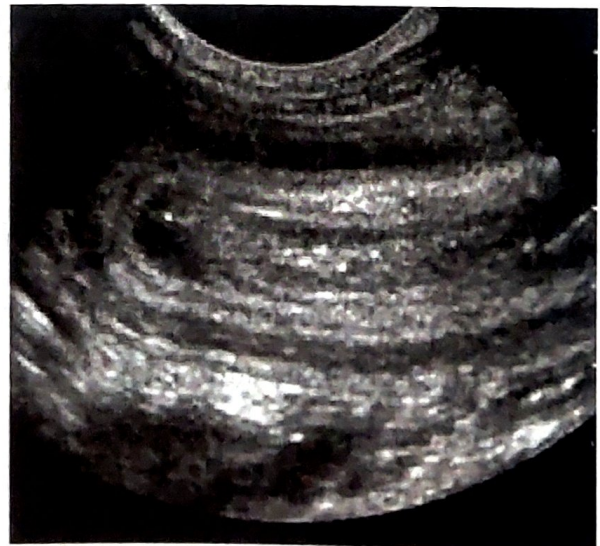
Hình ảnh “còng cua”

Hình 5. X quang đại tràng

2.2.3. Siêu âm ổ bụng: Là biện pháp đầu tay, đơn giản để chẩn đoán.



Hình ảnh cắt ngang khối lồng



Hình ảnh cắt dọc khối lồng

Hình 6. Hình ảnh siêu âm của lồng ruột

- Hình ảnh khối lồng:
- + Cắt ngang: hình vòng bia, vòng tròn trong đậm âm, vòng tròn ngoài ít âm.
- + Cắt dọc: hình bánh kẹp nhân (bánh Sandwich) hay hình “giả thận”, khối đậm âm ở giữa được viền quanh bởi một vành ít âm.
- Vị trí khối lồng: đặc biệt khối lồng nằm ngoài khung đại tràng (lồng ruột non).
- Đôi khi thấy nguyên nhân gây lồng ruột: khối u, túi thừa Meckel, búi giun...

2.3. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định lồng ruột:

- Đau bụng cơn + nôn + khối lồng
- Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu + khối lồng.
- Đau bụng cơn + nôn + ỉa máu.
- Đau bụng cơn + chẩn đoán hình ảnh có khối lồng (siêu âm hoặc X quang)

Chẩn đoán phân biệt:

- Hội chứng ly: Bệnh nhân có cảm giác mót rặn, đại tiện nhiều lần, phân có ít máu và chất nhầy.
- Đau bụng, tắc ruột do giun: Đau bụng cơn, không ỉa máu, sờ thấy quai ruột có búi giun.
- Rối loạn tiêu hóa: Đau bụng quanh rốn, phân lỏng, sờ bụng thường mềm.
- Viêm phổi: Nghe phổi thấy ran, chụp phổi thấy thương tổn.
- Viêm ruột hoại tử: Đau bụng, phân lỏng có máu thối khắm, thường có dấu hiệu sốc.
- Chảy máu tiêu hóa: Tùy theo nguyên nhân gây chảy máu mà có những dấu hiệu lâm sàng tương ứng.
- Viêm ruột thừa, viêm túi thừa Meckel, viêm ruột, u bụng.

2.4. Diễn biến của lồng ruột cấp tính

- Một số rất ít trường hợp tự tháo, còn tất cả các trường hợp cần phát hiện và điều trị sớm.
- Nếu không xử lý sẽ dẫn đến hoại tử ruột (do mạc treo bị cổ khối lồng thắt nghẹt) → viêm phúc mạc → tử vong.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Các yếu tố tiên lượng

- Các triệu chứng lâm sàng có giá trị tiên lượng khối lồng khó tháo:
- + Tuổi: Tuổi càng nhỏ, đặc biệt trẻ < 4 tháng tuổi: khối lồng thường chặt.

- + Thời gian bị lồng ruột: Kéo dài trên 48 giờ, hoặc trên 72 giờ.
- + Thời gian xuất hiện ỉa máu càng sớm, đặc biệt ≤ 5 giờ và lượng máu ra nhiều thì khối lồng càng khó tháo.
- + Đã có hội chứng tắc ruột rõ, đã có rối loạn tại chỗ (bụng trướng, nắn đau) hoặc rối loạn toàn thân (sốt cao, mất nước, sốc).
- Giá trị tiên lượng của siêu âm: Khối lồng chặt khi:
 - + Đường kính khối lồng từ 35 mm.
 - + Chiều dày thành ruột lồng > 8 mm.
 - + Có dịch trong lòng khối lồng và dịch tự do trong ổ bụng.

3.2. Tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi

- *Phương tiện theo dõi*: dưới màn huỳnh quang tăng sáng hoặc siêu âm.
 - *Chỉ định*:
 - + Đến sớm ≤ 48 giờ.
 - + Chưa có dấu hiệu viêm phúc mạc.
 - *Kỹ thuật*:
 - + Tiền mê hoặc gây mê.
 - + Bơm hơi áp lực 90 mmHg ở trẻ nhỏ và 100-110 mmHg ở trẻ lớn.
 - + Theo dõi trên lâm sàng, dưới màn huỳnh quang hoặc siêu âm.
 - *Tiêu chuẩn tháo lồng*: dựa vào:
 - + Lâm sàng:
 - Bụng trướng đều.
 - Áp lực bơm tụt đột ngột.
 - Không còn sờ thấy khối lồng.
 - + Màn huỳnh quang hoặc siêu âm:
 - Mất hình ảnh khối lồng.
 - Hơi sang ruột non.
 - *Theo dõi sau tháo lồng*:
 - + Bình thường: Sau tháo lồng trẻ bú tốt, không nôn, sau 6-8 giờ ỉa phân vàng.
 - + Phát hiện các biến chứng: sốt cao, tháo chưa hết, vỡ ruột...
 - *Chăm sóc sau tháo lồng*:
 - + Sau tháo lồng, trẻ hết nôn, có thể cho trẻ uống nước đường, sau đó uống sữa.
- Trường hợp trẻ còn nôn, đặt sonde dạ dày giảm áp dịch và hơi trong đường tiêu hoá, nhịn ăn uống và truyền dịch.

+ Thời gian nằm viện 12-48 giờ. Sau thủ thuật 24 giờ, thực hiện siêu âm ổ bụng kiểm tra.

3.3. Tháo lồng bằng phương pháp mổ

Hiện nay, có hai phương pháp tiếp cận phẫu thuật trong xử trí khối lồng: phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở. Lựa chọn phương pháp nào tùy thuộc vào phẫu thuật viên, gây mê hồi sức và từng trường hợp cụ thể.

3.3.1. Chỉ định mổ

- Tháo lồng bằng phương pháp bơm hơi không có kết quả.
- Đền muộn > 48 giờ.
- Có dấu hiệu viêm phúc mạc.

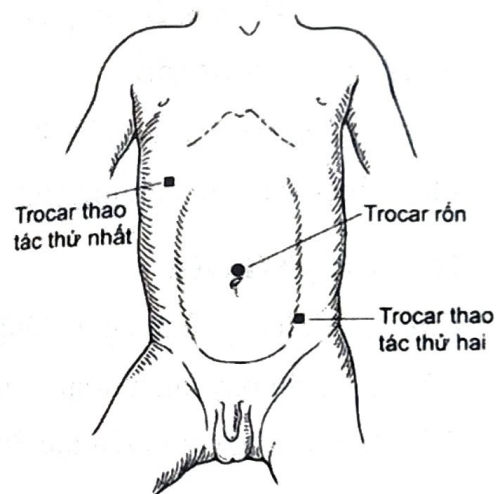
3.3.2. Kỹ thuật mổ: Gây mê nội khí quản.

3.3.2.1. Mổ nội soi tháo lồng

- Vị trí đặt 3 trocar: trocar rốn cho ống kính soi và 2 trocar cho dụng cụ thao tác, thường được đặt ở hố chậu trái và dưới sườn trái hoặc dưới sườn phải.

- Dùng kẹp phẫu tích cặp ruột phía trên khối lồng và dùng một kẹp phẫu tích khác kéo nhẹ nhàng đoạn ruột bị lồng để tháo lồng.

- Trong trường hợp khó khăn có thể dùng một panh nông rộng cổ khối lồng để thao tác dễ dàng hơn.



Hình 7. Vị trí đặt trocar

- Sau khi tháo, kiểm tra cẩn thận tổn thương ruột, có hay không tình trạng hoại tử ruột và thủng ruột. Có thể cắt ruột thừa và cố định manh tràng vào thành bụng trong các trường hợp lồng ruột tái phát có manh tràng di động.

- Những trường hợp khối lồng quá chặt, khó tháo qua nội soi thì nên đưa ruột ra ngoài ổ bụng để kiểm tra khởi điểm lồng qua vị trí mở rộng trocar rốn.

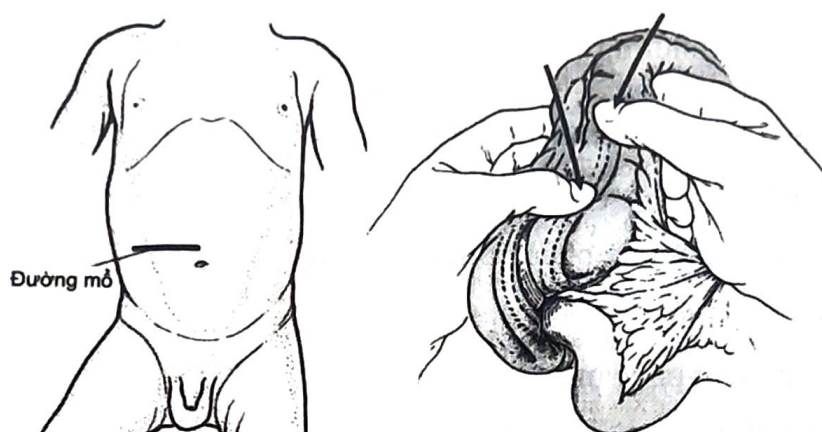
3.3.2.2. Mổ mở tháo lồng

- Đường mổ: Đường ngang bụng phải, trên hoặc dưới rốn tùy thuộc vào vị trí của khối lồng; hoặc đường trắng giữa trên và dưới rốn.

- Đưa khối lồng ra ngoài thành bụng, đánh giá khả năng sống của ruột. Nếu khối lồng chưa hoại tử, tiến hành tháo lồng bằng tay bằng cách nắn vào đầu khối lồng. Sau khi tháo lồng, sờ nắn ruột để tìm nguyên nhân lồng ruột.

- Trong trường hợp khối lồng ruột đã hoại tử hoặc khối lồng không thể tháo bằng tay, hoặc ruột hoại tử sau khi tháo, hoặc có nguyên nhân gây lồng ruột: túi thừa Merkel,

nang ruột đôi, polype ruột... thì phải tiến hành cắt ruột. Sau cắt ruột, có thể nối ruột ngay nếu tình trạng bệnh nhi cho phép. Nếu toàn trạng bệnh nhân quá nặng, nên đưa hai đầu ruột ra ngoài tạm thời và sẽ đóng lại thì hai.



Hình 8. Đường mổ mở và thao tác tháo lồng bằng tay

3.3.3. Chăm sóc sau mổ

- Ống thông dạ dày, truyền dịch, kháng sinh.
- Phát hiện các biến chứng sau mổ: chảy máu, tắc bục miệng nối...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

- Câu 1.** Trình bày định nghĩa lồng ruột, thành phần và thương tổn của khối lồng ruột?
- Câu 2.** Trình bày chẩn đoán lồng ruột cấp ở trẻ còn bú?
- Câu 3.** Trình bày nguyên tắc điều trị lồng ruột cấp ở trẻ còn bú?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn ngoại Trường Đại học Y Hà Nội (2006), "*Bệnh học ngoại khoa*" - Dành cho sinh viên Y4, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Thanh Liêm (2016), "Lồng ruột ở trẻ còn bú", *Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em*, Nhà xuất bản Y học, tr.127-135.
3. Trần Ngọc Bích (2006), "Lồng ruột ở trẻ bú mẹ và trẻ em", *Cấp cứu ngoại khoa, tập 1*, Nhà xuất bản Y học, tr.425-438.
4. Paul M.C (2011), "Intussusception", *Pediatric Surgery* 7, 1093-1110.
5. Nghia "Jack" Vo, MD, Thomas T Sato, MD, FACS, FAAP, Uptodate Mar 2020 (WWW.Uptodate.com), *Intussusception in children*.
6. Marsicovetere, P., et al. (2017), Intestinal Intussusception: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Colon Rectal Surg.* 30(1): p. 30-39.
7. Apelt, N., N. Featherstone, and S. Giuliani (2013), Laparoscopic treatment of intussusception in children: a systematic review. *J Pediatr Surg.* 48(8): p. 1789-93.

HỘI CHỨNG TẮC RUỘT SƠ SINH

Vũ Hồng Tuân, Nguyễn Việt Hoa, Hoàng Văn Hùng

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của tắc ruột sơ sinh.
2. Trình bày được các nguyên nhân gây tắc ruột sơ sinh.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị tắc ruột sơ sinh.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Tắc ruột sơ sinh là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong lĩnh vực ngoại nhi. Bệnh thường xảy ra trong giai đoạn sơ sinh (30 ngày sau đẻ). Có nhiều nguyên nhân gây tắc và có thể ở các mức độ khác nhau. Tổn thương có thể từ tá tràng tới lỗ hậu môn. Trước đây, tỷ lệ tử vong của bệnh này rất cao do chẩn đoán muộn, phương tiện hạn chế v.v... Bệnh liên quan mật thiết đến các ngành sản khoa và nhi khoa, là nơi trẻ được phát hiện bệnh trước khi được chuyển đến với phẫu thuật viên. Sự tiến bộ trong lĩnh vực gây mê và hồi sức nhi cùng với chẩn đoán và xử trí sớm đã làm giảm tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật.

- Dịch tễ học:

- + Hay gặp ở trẻ đẻ non và người mẹ bị cúm khi mang thai.
- + Tỷ lệ mắc bệnh tùy theo nguyên nhân.
- + Tỷ lệ tử vong còn cao.

- Một số đặc điểm sinh lý đường tiêu hóa của trẻ sơ sinh:

+ Sau đẻ trẻ thở và nuốt khí vào đường tiêu hóa, trung bình sau 6 - 8 giờ có đại tiện phân su. Nếu sau đẻ trên 24 giờ, trẻ mới đại tiện phân su thì được coi là chậm phân su và đây là một dấu hiệu bất thường báo hiệu một khả năng cao của bệnh lý đường tiêu hóa.

+ Đặc điểm phân su:

- Màu xanh đen, đặc quánh, bóng.
- Thành phần: Dịch đường tiêu hóa và lớp biểu bì, dịch mật.
- Nghiệm pháp Faber: Tim tế bào sừng trong phân su, ở trẻ bình thường (+).

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Siêu âm trước khi sinh

Với sự tiến bộ trong lĩnh vực siêu âm bào thai, nhiều loại dị tật bẩm sinh đã được chẩn đoán trước sinh. Hai dấu hiệu gợi ý của tắc ruột qua siêu âm bào thai là:

- Sự giãn nở bất thường của các quai ruột ở bào thai:
- + Dấu hiệu “bóng đôi” (double - bubble) là điển hình cho tắc tá tràng bẩm sinh.
- + Hình ảnh giãn của các quai ruột.
- + Hình ảnh dịch ổ bụng, đám tăng âm can xi hóa trong các trường hợp nghi ngờ viêm phúc mạc bào thai.
- + Các bệnh lý khác như thoát vị hoành, thoát vị rốn, khe hở thành bụng...
- Dấu hiệu đa ối: Vị trí tắc càng cao thì càng hay gặp đa ối.



Hình ảnh “bóng đôi”



Hình ảnh các quai ruột giãn

Hình 1. Siêu âm chẩn đoán trước sinh

2.2. Lâm sàng và cận lâm sàng chẩn đoán tắc ruột sơ sinh

2.2.1. Lâm sàng

❖ Triệu chứng cơ năng:

- Không ỉa phân su hoặc chậm ỉa phân su, có thể ra kết thể trắng đục. Nếu tắc tá tràng trên bóng Vater vẫn có thể có ỉa phân su.

- Nôn: Có thể ra dịch dạ dày, dịch mật, dịch phân. Tùy vào thời gian vào viện, vị trí tắc và loại tắc hoàn toàn hay không.

+ Tắc cao: Nôn xuất hiện sớm, thường ở ngày đầu sau đẻ. Nôn ra dịch mật nếu tắc ở dưới bóng Vater hoặc chỉ nôn ra sữa, dịch dạ dày khi tắc ở trên bóng Vater. Mức độ nôn nhiều khi tắc hoàn toàn (như do teo ruột), hoặc nôn ít khi chỉ hẹp tá tràng hoặc có màng ngăn có lỗ.

+ Tắc thấp nôn xuất hiện muộn hơn, có thể sau đẻ khoảng 1-2 ngày. Nôn ra dịch mật, dịch ruột.

❖ Triệu chứng thực thể:

- Bụng trướng ở vùng trên rốn hoặc toàn bộ ổ bụng, có hình quai ruột nổi. Phụ thuộc vào vị trí tắc và loại tắc hoàn toàn hay không. Tắc cao thường trướng ít vùng trên rốn tương ứng với dạ dày giãn. Tắc thấp bụng trướng nhiều, có tuần hoàn bàng hệ.

- Theo dõi ống thông dạ dày (tỷ lệ được chẩn đoán trước sinh ngày càng tăng): Số lượng, màu sắc dịch.

- Khám hậu môn trực tràng: Kiểm tra vị trí lỗ hậu môn, vết tích hậu môn, lỗ rò phân.

+ Không có lỗ hậu môn đi kèm có đường rò hoặc không → Bệnh lý dị tật hậu môn trực tràng.

+ Có lỗ hậu môn bình thường: Thăm bằng ống thông Nelaton. Có ba trường hợp:

• Ống thông chỉ vào 2-3 cm, không có phân su ra → Teo trực tràng.

• Ống thông vào sâu, có phân su trào ra, bụng bệnh nhân đỡ trướng hơn (dấu hiệu “tháo cống”) → Theo dõi bệnh lý giãn đại tràng bẩm sinh.

• Ống thông vào sâu, không có phân su ra, có thể ra kết thể nhầy trắng → Tắc ruột ở cao (teo ruột non).

❖ Toàn trạng: Tùy mức độ và thời gian bị bệnh mà có:

+ Dấu hiệu mất nước: da khô, mắt trũng, thóp lõm, đái ít.

+ Sốt: do viêm phổi hoặc mất nước và điện giải.

+ Rối loạn hô hấp: Do trướng bụng, hít phải chất nôn, thở nhanh, nông, nghe phổi có thể có ran ẩm.

+ Da: Có thể vàng do vàng da sinh lý, có thể xanh - nhợt khi bị mất máu do xoắn ruột.

+ Các dị tật khác kèm theo có thể như hội chứng Down, bệnh tim bẩm sinh, dị tật đường tiết niệu - sinh dục, dị tật cơ quan vận động.

2.2.2. Cận lâm sàng

2.2.2.1. Xét nghiệm máu

Xét nghiệm công thức máu, đông máu, điện giải đồ ... đánh giá tình trạng bệnh nhân và phát hiện các bệnh lý phối hợp.

2.2.2.2. Chụp X quang bụng không chuẩn bị: Các hình ảnh thấy trên phim:



A. Hình ảnh 2 mức nước hơi của tắc tá tràng



B. Tắc ruột non



C. Hình ổ bụng mờ

Hình 2. Hình ảnh X quang bụng không chuẩn bị

- Hình mức nước - hơi: Dựa vào vị trí, số lượng mức nước hơi để xác định vị trí tắc.
- Ổ bụng mờ dịch.
- Đám vôi hóa.
- Liềm hơi dưới hoành trong một số trường hợp có thủng ruột.

2.2.2.3. Chụp đại tràng có thuốc cản quang

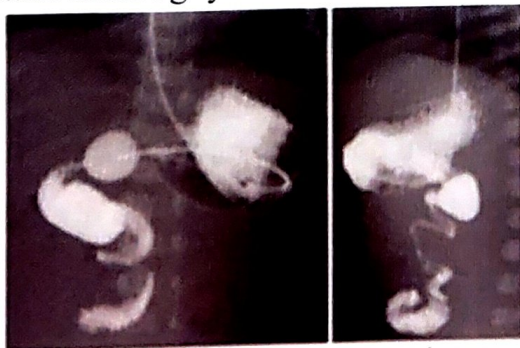
- Đại tràng nhỏ (tắc ruột non).
- Có thể thấy vị trí tắc ở đại tràng.
- Đoạn hẹp giãn trong bệnh lý giãn đại tràng bẩm sinh.
- Manh tràng nằm cao, sang bên trái trong bệnh lý ruột quay dờ dang.

2.2.2.4. Chụp lưu thông ruột

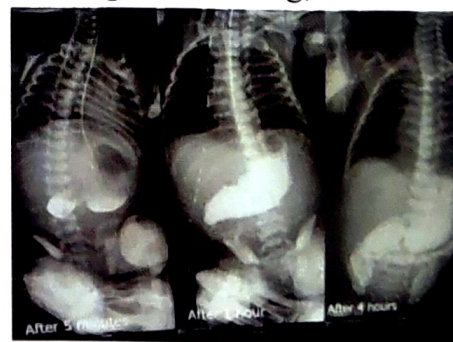
Chỉ định: Trong trường hợp tắc không hoàn toàn.

- Chụp lưu thông tiêu hóa chỉ làm khi bụng trương ít, nôn ít và nên đặt ống thông làm xẹp dạ dày trước. Cần theo dõi sự di chuyển của thuốc cản quang → Xác định vị trí tắc, mức độ tắc và có thể chẩn đoán được nguyên nhân gây tắc.

- Chẩn đoán nguyên nhân các bệnh như ruột quay dờ dang, tắc tá tràng,...



Hình 3. X quang khung tá tràng trong bệnh lý ruột quay dờ dang
(Hình ảnh tá tràng xoắn hình vỏ táo)



Hình 4. Chụp lưu thông ruột
(Hình ảnh hẹp miệng nối sau mổ tắc tá tràng)

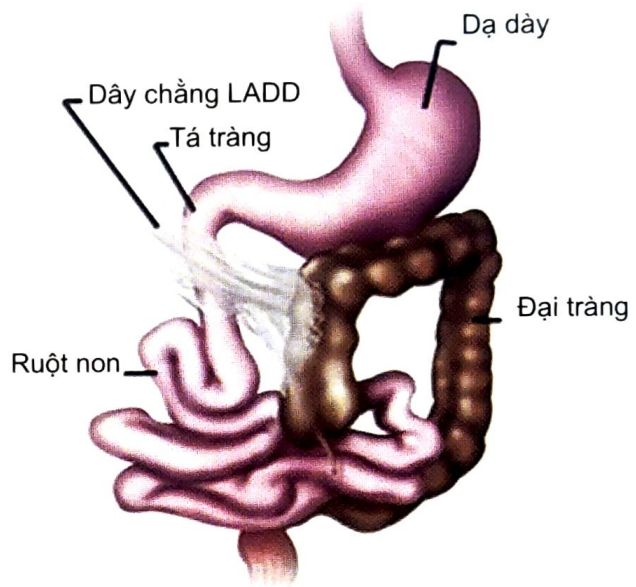
2.2.2.5. Siêu âm

- Quai ruột giãn, ứ đọng phân trong quai ruột.
- Tăng nhu động của các quai ruột.
- Có dịch tự do trong ổ bụng, nang dịch ổ bụng.
- Phát hiện các dị tật khác kèm theo, nhất là những dị tật ở đường tiết niệu và gan mật.

3. MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN GÂY TẮC RUỘT SƠ SINH

3.1. Tắc tá tràng

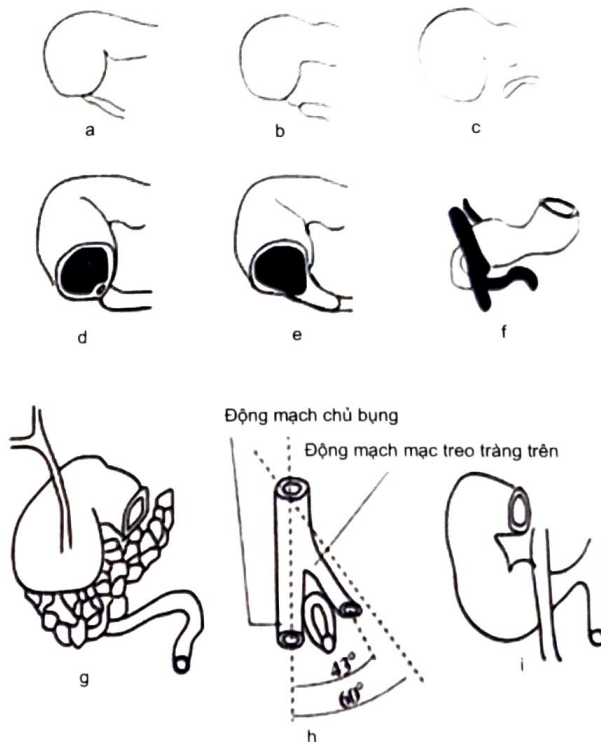
- Nguyên nhân bên trong:
 - + Teo tá tràng.
 - + Hẹp tá tràng (màng ngăn có lỗ).
- Nguyên nhân bên ngoài:
 - + Tuy hình nhẫn.
 - + Dây chằng Ladd.
 - + Kim động mạch.
 - + Tĩnh mạch cửa trước tá tràng.



Hình 5. Tắc tá tràng do dây chằng LADD

Một số nguyên nhân gây tắc tá tràng

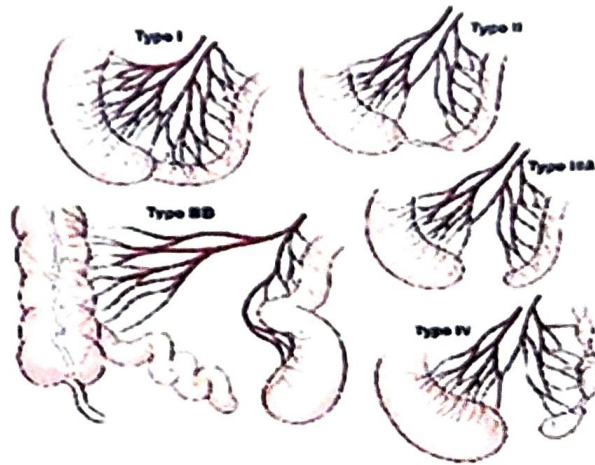
- Tắc tá tràng do màng ngăn niêm mạc hoàn toàn.
- Teo tá tràng gián đoạn, có dây xơ nối hai đầu ruột.
- Teo tá tràng gián đoạn.
- Hẹp do màng ngăn có lỗ.
- Tắc có màng ngăn niêm mạc bị đẩy xuống dưới.
- Tĩnh mạch cửa trước tá tràng.
- Tụy nhẫn
- Kim động mạch.



Hình 6. Các nguyên nhân gây tắc tá tràng

3.2. Teo ruột: Có bốn thể bệnh theo phân loại của Grosfeld:

- Loại I: Màng ngăn niêm mạc hoàn toàn.
- Loại II: Teo ruột mà hai đầu ruột nối với nhau bằng một dây xơ.
- Loại III: Teo ruột gián đoạn: mạc ruột bị khuyết hình chữ V. Ở thể bệnh này còn chia thành hai mức độ:
 - + IIIa: Teo gián đoạn có mạc treo khuyết hình chữ V đơn thuần.



Hình 7. Phân loại teo ruột non của Grosfeld

+ IIIB: Teo ruột gián đoạn mà đoạn ruột dưới chỗ teo cuộn quanh trục mạch máu tạo nên hình ảnh “cây thông”.

- Loại IV: Teo ruột gián đoạn nhiều vị trí.

Lưu ý: Teo ruột có thể ở một hay nhiều vị trí và có thể kết hợp giữa các thể bệnh.

3.3. Ruột xoay dở dang (Intestinal rotation abnormalities) và xoắn ruột (Midgut volvulus)

Do sự bất thường trong quá trình xoay và cố định của ruột mà gây ra tình trạng bệnh. Có thể có các dạng: Ruột không xoay, ruột xoay không hoàn toàn, ruột xoay ngược.

Bệnh có thể không có triệu chứng nhưng cũng có thể có biến chứng nặng với biểu hiện tắc ruột như: tắc tá tràng do dây chằng Ladd, xoắn toàn bộ ruột hoại tử (rất nguy hiểm). Khi phát hiện ra tình trạng ruột xoay dở dang thì nên xử lý sớm.

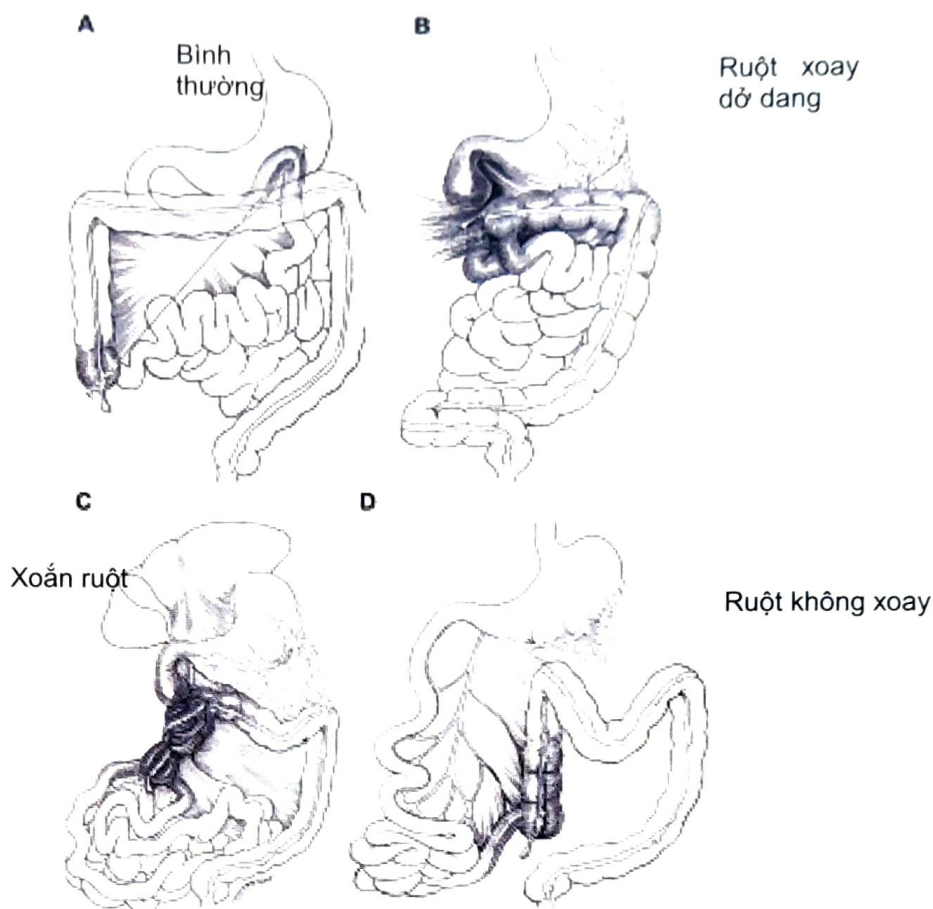
Biểu hiện lâm sàng xoắn ruột:

+ Xoắn ruột cấp: Đau bụng đột ngột, ỉa máu, bụng trương trên rốn, có thể biểu hiện sốc.

+ Xoắn mạn tính: Nôn dịch mật kèm đau bụng cơn, có khi xuất huyết tiêu hóa, suy dinh dưỡng. Siêu âm: thấy dấu hiệu “xoáy nước” (Whirlpool signs) là do tĩnh mạch mạc treo tràng trên xoắn quanh động mạch mạc treo tràng trên.

+ X quang đại tràng: tìm vị trí manh tràng. X quang khung tá tràng thấy tá tràng xoắn hình cái “lò xo” hay “cái nút mở chai”.

Tóm lại bệnh nhân đau bụng cơn dữ dội kèm nôn dịch mật thì cần loại trừ xoắn ruột.



Hình 8. Ruột xoay dở dang và xoắn ruột

3.4. Viêm phúc mạc bào thai

Thường do thủng ruột thời kỳ bào thai, dịch phân su theo lỗ thủng đổ ra ngoài ổ bụng. Do đọng dịch lâu ngày, ổ phúc mạc có thể hình thành các màng ngăn giả, ngăn kén chứa đầy dịch phân su, còn ruột bị chèn ép và co cụm lại sát với cột sống.

- Lâm sàng: Tắc ruột sơ sinh với đặc điểm: bụng trương căng, có tuần hoàn bàng hệ. Ở bé trai có thể thấy thêm dấu hiệu tràn dịch màng tinh hoàn hai bên do dịch phân su tràn xuống theo ống phúc tinh mạc.
- X quang bụng mờ hoàn toàn, ruột non bị ép sát vào cột sống, có thể thấy liềm hơi dưới cơ hoành.
- Có thể gặp: Tắc ruột do dính, viêm phúc mạc toàn thể, viêm phúc mạc hình thành nang giả...

3.5. Tắc ruột do chèn ép: Có một số nguyên nhân sau:

- Các dây chằng bẩm sinh: Di tích của động mạch rốn hoặc còn ống rốn tràng.
- Do có các khối u ở mạc treo vào ruột như: Ruột đôi, u bạch huyết thể nang ở mạc treo gây chèn ép hoặc xoắn ruột.

- Do các dây chằng hoặc do dính ruột: Di tích của viêm phúc mạc từ thời kì bào thai.
- Tắc do hẹp ruột sau bệnh viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh.

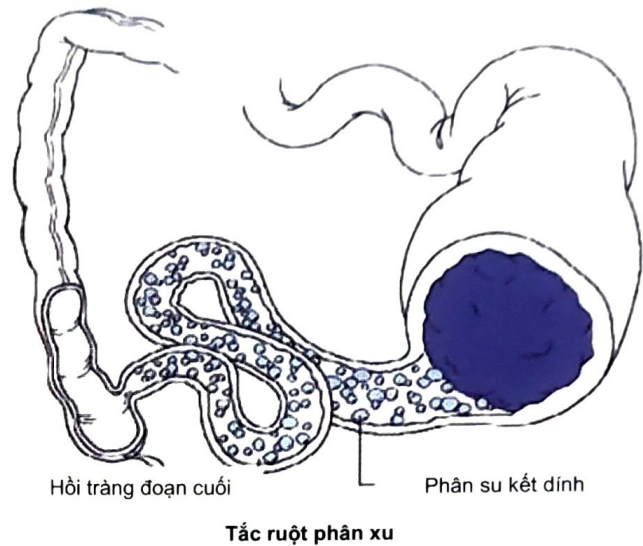
3.6. Tắc ruột phân su

Do phân su bị kết dính vào niêm mạc của toàn bộ đoạn cuối hồi tràng gây tắc ruột. Trên đại thể toàn bộ hồi tràng teo nhỏ, trong lòng đầy các kết thể phân su cứng, phần hồi tràng ở trên giãn to trong lòng đầy phân su lỏng.

Tắc ruột phân su như là một biểu hiện sớm của căn bệnh hệ thống là bệnh xơ nang tụy.

- X quang bụng cho hình ảnh tắc ruột không điển hình và mức nước hơi, đặc biệt ở vùng hố chậu phải có hình lấm tấm xen kẽ giữa các bọt hơi và phân su như hình “bọt xà phòng”.

- Điều trị: Thụt tháo đại tràng bằng dung dịch gastrografin với hy vọng dung dịch này sẽ thấm thấu qua van Bauhin và hòa loãng các kết thể phân su để tổng được ra ngoài. Theo dõi kết quả từ 6-12 giờ nếu thất bại thì chuyển mổ. Phương pháp mổ là làm sạch kết thể phân su ở hồi tràng, hoặc cắt bỏ đoạn ruột bị giãn và tái lập lưu thông tiêu hóa.

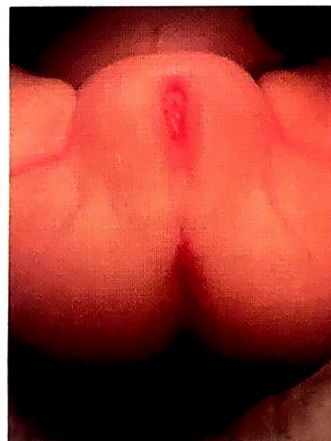


Hình 9. Hình ảnh tắc ruột phân su

3.7. Dị tật hậu môn trực tràng

- Không có lỗ hậu môn kèm có đường rò phân hoặc không có đường rò.

- Có lỗ hậu môn: Teo trực tràng hoặc hẹp hậu môn trực tràng.



Trẻ nữ



Trẻ nam

Hình 10. Hình ảnh không có lỗ hậu môn

3.8. Tắc ruột cơ năng

- Lâm sàng:
 - + Có hội chứng tắc ruột sơ sinh.

- + Thăm trực tràng: vẫn có phân su.
- Nguyên nhân:
- + Giãn đại tràng bẩm sinh.
- + Các nhiễm khuẩn sơ sinh nặng gây liệt ruột.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị trước mổ

- Giữ thân nhiệt ổn định bằng cách sưởi ấm hoặc bằng lồng ấp đặc biệt khi thời tiết lạnh. Đây là điều rất quan trọng. Nếu để hạ thân nhiệt, tỷ lệ tử vong rất cao.
- Ống thông dạ dày: Thường đặt qua mũi vào dạ dày để hút làm xẹp dạ dày, bớt giãn quai ruột phía dưới. Theo dõi dịch qua ống thông dạ dày để góp phần giúp chẩn đoán vị trí và mức độ tắc ruột.
- Đường truyền tĩnh mạch: Có thể lấy đường truyền tĩnh mạch qua rốn.
- Tiêm vitamin K.

Sau khi chẩn đoán xác định, cần đánh giá tình trạng bệnh nhân:

- Cân nặng.
- Nhiệt độ
- Tình trạng phổi: có viêm hay không.
- Tình trạng mất nước.
- Các dị tật phối hợp.
- Xét nghiệm máu: Điện giải đồ, công thức máu, hematocrit, máu chảy, máu đông, nhóm máu, khí máu, protein máu. Dựa vào các xét nghiệm để hồi sức trước mổ.

4.2. Phẫu thuật

- * *Mục đích mổ*: Phục hồi lưu thông trong lòng ruột và chức năng của ruột.
- * *Kỹ thuật*: Tùy theo vị trí và nguyên nhân gây tắc mà chọn các kỹ thuật phù hợp.

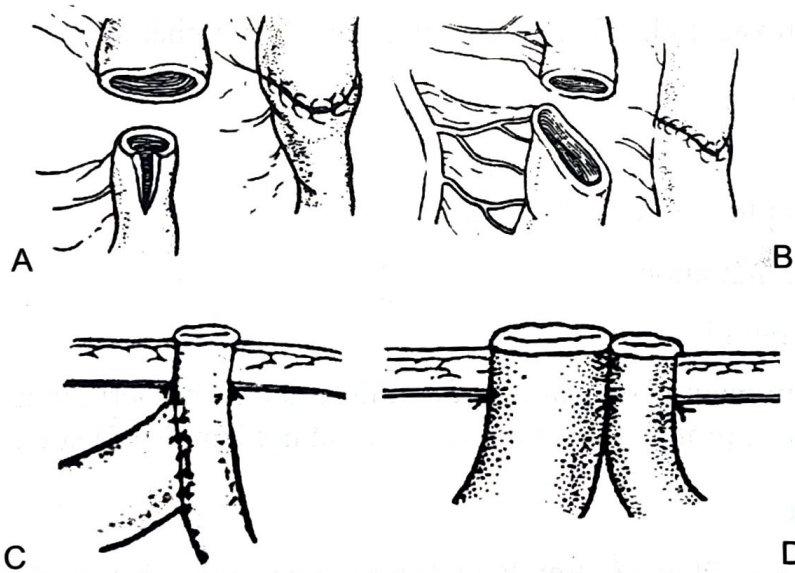
4.2.1. Tắc tá tràng

- Do tá tràng đôi: Bóc cắt tá tràng đôi hoặc mở thông tá tràng đôi phụ vào tá tràng chính ở bên cạnh.
- Tắc ở D1-D2: Nối tá tràng - tá tràng (hay nối hình kim cương Kimura)
- + Do tụy nhũn: Nối tá tràng - tá tràng ở vị trí mặt trước tá tràng, ngay trên và dưới tụy nhũn.
- + Với teo giãn đoạn (ít gặp): Nối tá - tá tràng tận - tận.
- Tắc ở D3-D4: Nối tá - hồi tràng.

- Với tắc do màng ngăn niêm mạc (ở D1, D2, D3, D4): Mở ruột dọc qua vị trí ruột có màng ngăn, cắt màng ngăn và khâu lại ruột theo chiều ngang.

4.2.2. Tắc ruột non

- Tắc do màng ngăn niêm mạc: Có hai cách mổ:
 - + Mở dọc ruột, cắt màng ngăn, khâu ruột theo chiều ngang.
 - + Cắt ruột có màng ngăn, nối tận - chéo.
- Do teo ruột: Dạng dây xơ hoặc teo ruột gián đoạn.
 - + Cắt bỏ phần túi cùng trên, nếu ruột giãn to, thành dày, niêm mạc nề sung huyết, mạch máu nuôi dưỡng kém.
 - + Nếu teo ruột nhiều chỗ: Cắt bỏ phần ruột biệt lập ở giữa, nếu đoạn ruột này ngắn.
 - + Nối ruột tận - tận hoặc tận - chéo là kỹ thuật thường được làm.
 - + Có thể phải dẫn lưu hai đầu ruột ở lần mổ đầu, và nối lại ruột ở lần mổ thứ hai sau một vài tuần nếu teo ruột kèm theo viêm phúc mạc bào thai, ruột dính nhiều và đoạn teo ở cuối hồi tràng.



Hình 11. Các phương pháp xử lý tắc ruột sơ sinh

A. Tận - chéo; B. Tận - tận; C. Tận bên kiểu Bishop-Koop; D. Đưa hai đầu ra ngoài

- Do ruột đôi:
 - + Cắt đoạn ruột có đoạn ruột đôi, nối ruột tận - tận.
 - + Bóc, cắt đoạn ruột đôi đơn thuần nếu ruột đôi ở góc hồi manh tràng.
- Do xoắn trung tràng và dây chằng Ladd: Tháo xoắn, cắt dây chằng Ladd, và xếp lại ruột: Đưa ruột non sang bên phải, đưa đại tràng sang bên trái, cố định đại tràng, cắt ruột thừa, tái rộng mạc treo chung.
- Do dính ruột, do dây chằng: Gỡ dính, cắt dây chằng.

Lưu ý:

- Trong trường hợp đoạn ruột phía trên chỗ tắc bị giãn một đoạn dài, để giảm căng ruột thì nên tạo hình nhỏ lại đoạn ruột phía trên bằng cách cắt bớt thành ruột ở bờ tự do, khâu lại để làm nhỏ bớt khẩu kính ruột trước khi nối, tránh quá chênh lệch kích thước giữa hai quai ruột, tránh ứ đọng và thuận lợi cho phục hồi nhu động ruột.

- Cắt - tạo hình nhỏ đoạn ruột phía trên có hai kỹ thuật: Cắt thanh cơ ngoài niêm mạc hoặc cắt bỏ thanh cơ niêm mạc.

- Phải bơm dung dịch NaCl 0,9% vào qua đầu ruột dưới để đảm bảo toàn bộ đoạn ruột dưới miệng nối đã lưu thông, để làm rộng lòng ruột và tống hết kết thể phân su từ ruột non xuống đại tràng hay ra ngoài hậu môn.

- Trường hợp teo nhiều đoạn mà đoạn ruột còn lại ngắn → cần làm nhiều miệng nối, tránh biến chứng ruột ngắn sau mổ.

4.2.3. Tắc tháo: Ở đại tràng - trực tràng - hậu môn

- Teo đại tràng: Mổ như ruột non.

- Bệnh Hirschsprung: Thở vô hạch cao, gây tắc và viêm ruột: Làm hậu môn nhân tạo. Vị trí làm hậu môn nhân tạo thường ở ngay trên chỗ bị tắc.

- Dị tật hậu môn trực tràng: Tùy theo thể bệnh mà tạo hình hậu môn ngay hay làm hậu môn nhân tạo.

4.3. Chăm sóc sau mổ

- Đặt ống thông dạ dày: Cho tới khi dạ dày ra dịch trong, không có dịch mật - dịch ruột.

- Bồi phụ nước điện giải: Theo cân nặng, nhu cầu, lượng dịch mất, dựa vào điện giải đồ.

- Nuôi dưỡng:

+ Đường tĩnh mạch: Các dung dịch NaCl 0,9%, dịch glucose 10%, 5%, Lipid ...

+ Cho ăn đường miệng khi dịch dạ dày ra trong, đã đại tiện.

- Kháng sinh: Thường dùng cephalosporin thế hệ 3.

- Theo dõi:

+ Lâm sàng: Mạch, nhiệt độ, nhịp thở, cân nặng, nước tiểu.

+ Xét nghiệm máu: Công thức máu, protein, điện giải đồ.

- Theo dõi biến chứng sau mổ:

+ Tắc ruột: Do hẹp miệng nối, do dính, dây chằng.

+ Viêm phúc mạc: Do bục, rò miệng nối.

+ Biến chứng khác: Toác, bục vết khâu bụng, chảy máu vết mổ, trong ổ bụng, nhiễm trùng vết mổ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Trình bày chẩn đoán tắc ruột non sơ sinh?

Câu 2. Trình bày một số nguyên nhân thường gặp của tắc ruột sơ sinh?

Câu 3. Trình bày nguyên tắc điều trị tắc ruột sơ sinh?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn ngoại Trường Đại học Y Hà Nội (2006), "*Bệnh học ngoại khoa*" - Dành cho sinh viên Y4, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Thanh Liêm (2016), "Tắc ruột sơ sinh", *Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em*, Nhà xuất bản Y học, tr.127-135.
3. Trần Ngọc Bích (2006), "Tắc ruột sơ sinh", *Cấp cứu ngoại khoa, tập 1*, Nhà xuất bản Y học, tr.367-380.
4. Grosfeld J.L., (2006). "Jejunioileal atresia and stenosis", 6 ed. *Pediatric surgery. Vol. II*. Year book medical publisher: Chicago. 1269 - 1289.
5. Bộ môn phẫu nhi Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh (2017), "*Ngoại nhi lâm sàng*", Nhà xuất bản Y học.
6. Langer, J.C. (2017), Intestinal Rotation Abnormalities and Midgut Volvulus. *Surg Clin North Am*. 97(1): p. 147-159.
7. Mitul, A.R. (2016), Congenital Neonatal Intestinal Obstruction. *J Neonatal Surg*. 5(4): p. 41.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: Số 352 - Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội
Email: xuatbanyhoc@fpt.vn; xbyh@xuatbanyhoc.vn
Website: www.xuatbanyhoc.vn
Số điện thoại: 024.37625934 - Fax: 024.37625923

BÀI GIẢNG BỆNH HỌC NGOẠI KHOA (Dùng cho sinh viên năm thứ tư)

Chịu trách nhiệm xuất bản
TỔNG GIÁM ĐỐC
Chu Hùng Cường

Chịu trách nhiệm nội dung
BSCKI. Nguyễn Tiến Dũng

<i>Biên tập:</i>	BS. Đặng Thị Cẩm Thúy
<i>Sửa bản in:</i>	Đặng Thị Cẩm Thúy
<i>Trình bày bìa:</i>	Nguyệt Thu
<i>Kt vi tính:</i>	Mai Kim Anh

In 1.000 cuốn, khổ 19 x 27 cm tại Công ty TNHH MTV Nhà xuất bản Y học.
Địa chỉ: Số 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội.
Số xác nhận đăng ký xuất bản: 2247 - 2020/CXBIPH/2 - 78/YH.
Quyết định xuất bản số: 180/QĐ - XBYH ngày 16 tháng 6 năm 2020.
In xong và nộp lưu chiểu năm 2020.
Mã số sách tiêu chuẩn quốc tế - ISBN: 978-604-66-4332-6.